

春の健康診断のご案内



守山商工会議所では、会員事業所の福利厚生支援の一環として各種健診を特別料金で実施しています。

<https://moriyama-cci.or.jp/management/welfare/>



会場：守山商工会議所(守山市吉身3-11-43)

4/15(月)	午前の部 前半 8:30~10:00(45名)、後半10:00~11:30(45名)
	午後の部 前半13:00~14:30(45名)、後半14:30~16:00(45名)
4/19(金)	午前の部 前半 8:30~10:00(45名)、後半10:00~11:30(45名)
	午後の部 前半13:00~14:30(45名)、後半14:30~16:00(45名)

※事業者は労働者に対し、1年以内ごとに1回、定期的に健康診断を行うことが労働安全衛生規則第44条で義務付けられています。
※お申込先着順とし、定員に達した場合は他の日時に変更をお願いすることがあります。(当所からお電話させていただきます。)

定期健康診断 (法定健康診断)

コース名	健診内容	健診料(税込)
Aコース (法定健診)	問診・身体測定・尿検査(蛋白・糖・潜血)・視力検査・血圧検査・聴力検査・胸部X線撮影・内科診察・心電図検査・腹囲測定 血液検査:肝機能検査(GOT・GPT・ γ -GTP)、糖尿検査(血糖・HbA1c)、貧血検査(WBC・RBC・Hb・Ht・血小板・MCV・MCH・MCHC)、脂質検査(TG、LDL-ch、HDL-ch)	7,000円
Bコース	* Aコース健診項目に以下の項目を追加 ペプシノゲン検査(血液検査で、胃がん発生のリスクを検査します)	9,500円

生活習慣病健診 * 生活習慣病健診は上記法定健康診断の項目を含んでおります。

コース名	健診内容	健診料(税込)
Cコース	* Aコース(法定健康診断)の健診項目に以下の項目を追加 胃部X線間接撮影、眼底検査(両眼) 血液検査:肝機能検査(ALP・総蛋白・LDH・血清アミラーゼ) 脂質検査(T-ch)、痛風検査(尿酸) 腎機能検査(クレアチニン・尿素窒素) 大腸検査(2回法)	14,500円

* Cコースは、健診前日の21時より飲食不可(水、お茶もできる限り控えてください)。* 午後受診も可能です。当所までお問い合わせください。

特殊健康診断

コース名	健診内容	健診料(税込)
Dコース (有機溶剤検査)	診察・業務歴調査・既往歴調査・自他覚症状調査 (※単独受診の場合は、上記の項目に血液検査が追加されます) *使用溶剤に応じて別途検査(追加料金)が必要となりますのでご了承ください。 *年に2回(6ヶ月に1回)の受診が必要です。うち1回はDコースのみの受診でも可。	(A~Cコースと同時受診) 2,000円 (単独受診) 5,000円
有機溶剤検査 (Dコースに追加)	トルエン、キシレン、ノルマルヘキサン 他 ※ご希望の方は当所までお問い合わせください。	(例)トルエン 2,500円

追加オプション検査

* 血液検査 (※A~Cコースを受診の方は、追加申込可。)

コース名	健診内容	健診料(税込)
① 腫瘍マーカーセット	CEA(胃がん、すい臓がん、肺がん)、CA19-9(すい臓がん、胆のう・胆管がん等)、AFP(肝臓がん、肝炎・肝硬変)、CYFRA(扁平上皮がん)	6,500円
② 前立腺検査	PSA(前立腺特異抗原)の測定(前立腺肥大や前立腺がんの検査) ※50歳以上の男性に有効です。	2,000円
③ マーカー女性セット	SCC(扁平上皮がん)、CA125(卵巣がん)、CA15-3(乳がん) ※CA125…生理中・妊娠中・産後は数値が上がる為、検査不能です。ご注意ください。	4,500円
④ ヘリコバクターピロリ菌	ピロリ菌の有無	1,500円

【申込方法】 右記QRコードを読み取っていただき、申込フォームにてお申込みいただくか
申込書ご記入の上、FAXまたはご持参にてお申込みください。



【健診結果】 健診日終了から約1ヶ月後、事業所へ直接送付致します。

【支払方法】 健診結果送付後に請求書を郵送致しますので、お振込み又はご持参下さい。

【健診機関】 一般財団法人滋賀保健研究センター

滋賀県野洲市永原上町664 (TEL 077-587-3588)

申込締切
3/15(金)

【お申込・お問合せ先】 守山商工会議所 担当(川寄)
 〒524-0021 守山市吉身3丁目11-43 TEL 077-582-2425 FAX 077-582-1551

4/15(月)・19(金) 春の健康診断申込書

FAX : 077-582-1551

事業所名										
所在地		(〒 -)								
TEL				ご担当者名						
FAX		※必ずご記入 願います		受診 コース A~D		オプション ①~④		希望日時のご記入をお願いします↓		
	(フリガナ) 受診者名	性別	生年月日			日付	4/15(月) 4/19(金)	AM PM	前半 後半	
1		男・女	(S ・ H) . .							
2		男・女	(S ・ H) . .							
3		男・女	(S ・ H) . .							
4		男・女	(S ・ H) . .							
5		男・女	(S ・ H) . .							
6		男・女	(S ・ H) . .							
7		男・女	(S ・ H) . .							
8		男・女	(S ・ H) . .							
9		男・女	(S ・ H) . .							
10		男・女	(S ・ H) . .							

※ご記入いただいた個人情報、今回の健康診断の運営以外には使用致しません。
 ※追加オプションをお申込みの場合は、受診コースと共に番号(①~④)をご記入ください。