

# 定期健康診断・ 生活習慣病予防健診のご案内

東浦町商工会では厚生事業の一環として、定期健康診断及び生活習慣病予防健診を行っております。定期健康診断は安全衛生法に基づき行う事が義務づけられているだけでなく、事業所として従業員一人ひとりの健康管理は重要事項の一つです。

ぜひ、この機会をご利用下さい。



- (1) 健診日時 令和 4年11月 1日(火)  
午前9時00分から午前11時30分
- (2) 健診会場 東浦町商工会館 研修室内
- (3) 健診料金 (税込)
- |                      |         |
|----------------------|---------|
| Aコース. 一般定期健康診断(6項目)  | 6,800円  |
| Bコース. 生活習慣病予防健診(8項目) | 11,000円 |
| Cコース. 協会けんぽ生活習慣病予防健診 | 7,200円  |

☆Cコースは35歳以上の方が対象となります。

☆検診料金は当日、商工会の受付にてお支払い下さい。

※中小企業共済にご加入の方につきましては健診補助制度として1名様につき  
<A>の検診は1,500円、<B><C>の検診は5,000円の補助が  
ご利用いただけます。

なお、補助を受けられる場合は所定の検査項目をすべて受けて頂く必要がありますのでご注意ください。

- (4) 申し込み 締切:令和4年9月16日(金)までに申込用紙に必要事項を明記の上、  
東浦町商工会までFAX又はEメールにてお送り下さい。  
なお、Cコースの協会けんぽ生活習慣病予防健診希望の方は申込用紙  
に保険証の記号・番号もご記入ください。  
☆申し込みに際し記入漏れの無いようお願いいたします。  
☆事前に申込事業者様宛に健診受診票を送付いたします。  
あらかじめ問診項目の記入をして頂くようお願いいたします。
- (5) 検診機関名 一般社団法人 半田市医師会健康管理センター 巡回健診事業部  
〒475-8511 半田市神田町1-1 TEL:(0569)27-7886 Fax:(0569)27-7992
- (6) 結果報告 各申込事業所の代表者宛てに、**健康管理センター**より一括して郵送いたします。

## 検査項目一覧

### A. 一般定期健康診断

- ① 一般検査／医師診察、問診、血圧測定、視力測定、身長・体重・腹囲測定
- ② 胸部レントゲン撮影／呼吸器系疾患、循環器系疾患を調べます。
- ③ 尿検査／腎臓系疾患や糖尿病などを知る事ができます。
- ④ 聴力検査／オーディオメーター使用により聴覚障害の有無を調べます。
- ⑤ 心電図検査／標準12誘導検査により心疾患の有無を調べます。
- ⑥ 血液検査／
  - a. AST、ALT、 $\gamma$ -GT、アルカリフォスファターゼ検査により、肝炎などの肝疾患を知る事が出来ます。
  - b. 尿素窒素、尿酸検査により腎疾患の有無を調べます。
  - c. LDLコレステロール、中性脂肪検査により血中脂質による生活習慣病の手掛かりを知ることが出来ます。
  - d. 血糖検査により糖尿病等の有無を調べる事が出来ます。
  - e. 赤血球数、白血球数、血色素数、ヘマトクリット検査等により貧血及びその他血液疾患の有無を調べます。

### B. 生活習慣病予防健診（上記6項目に加えて、下記2項目が追加されます）

- ① 胃部レントゲン撮影／検診車による8方向の撮影により胃部の疾患（胃潰瘍、胃ポリープ、胃炎、十二指腸潰瘍等）の有無を調べます。
- ② 眼底検査／動脈硬化、高血圧、糖尿病等に伴う眼底部の毛細血管の変化を写真撮影により調べます。

### C. 協会けんぽ生活習慣病予防健診（上記Aの6項目と胃部レントゲン及び便潜血反応検査が加わります）

※便潜血検査キットは事前に受診票と一緒に郵送いたします。あらかじめ採便して当日お持ちください。

\*C. 協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診希望される方は「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」の提出もお願いいたします。

\*胃部レントゲン検査前日の夕食はなるべく消化の良いものを選んで、午後9時までにはませてください。なお、検査当日の朝も絶食でお願いいたします。

（その他、詳細は胃検診受診票の裏面をご覧ください）

令和4年度 一般定期健康診断・生活習慣病予防健診 申込用紙 (ㄨ切 9/16)

東浦町商工会 行 (FAX:0562-84-0425 E-mail:jimukyoku@higashiura.or.jp)

事業所名：					
連絡先：〒 (結果郵送先)					
TEL：				FAX：	
連絡代表者氏名：				中小企業共済 の利用有無	Cコース 協会けんぽの方 保険証 記号・番号
(フリガナ) 受診者氏名	性別	生年月日	ご希望の受診項目 (希望のコースを選択してください)		
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .
( )	男・女	. .	Aコース・Bコース・Cコース	有・無	記号・番号 .

※記入漏れの無いようにお願いします。記入欄が不足の場合はコピーしてご利用下さい。