

## 定期健康診断及び特定健康診査(メタボ健診)実施のご案内

定期健康診断は、労働安全衛生法により義務付けられています。さらに、現在は40歳以上の方を対象に特定健康診査(メタボ健診)が始まっております。当所では、企業代表者(ご家族)はもとより従業員の皆様にも受診いただけるよう、定期集団健診を実施します。この機会にぜひ受診くださいますようご案内いたします。

記

### ◎検診日程及び会場

日 程	10月30日(水)	10月31日(木)	11月1日(金)	11月2日(土)
会 場	野田地域職業訓練センター(さわやかワークのだ) 野田市中根323-3 (TEL):04-7121-1184			

### 【検診費用】(税込価格)

Aコース	1名につき	3,600円	(34歳以下の方のみ)
Bコース	//	9,200円	(B~Dコースは、メタボ健診対応)
Cコース	//	13,300円	
Dコース	//	15,000円	

(検査項目は右表参照)

(なお、当所「けやき共済」に加入されている方は、掛金口数により補助があります。)

### 【オプション検査項目】

1. 前立腺ガン検査 追加料金2,300円(Aコース以外は付けられます。)
2. ABCリスク検診 追加料金600円

(ABCリスク検診は、C・Dコースをお申込みの方のみ付けられます。)

(胃部レントゲン検査が難しい方は、追加料金でバリウム検査から血液検査(ABCリスク検診)へ変更ができます。)

※40歳以上の方で当所主催の定期健康診断を受診した方は、特定健康診査報告が診断書に表示されます。(健康保険組合等から提出を求められた際はコピーしてご利用ください。)

委託医療機関 医療法人社団圭春会 小張総合病院(野田市横内29-1)

### ◎主催/野田商工会議所

お申込み・お問い合わせ先  
野田商工会議所  
TEL 04-7122-3585  
FAX 04-7122-7185



### ◎お申し込み方法

申込書に必要事項をご記入の上、当所窓口又はFAXにてお申込みください。

申込締切日 令和6年9月13日(金)

※申込み締切後は、健康診断を受けられなくなる可能性があります。

お早めにお申し込みください。

今年度から受診料は健診後、小張総合病院より健診結果と一緒に請求書が送られていきますので、1月末日までに小張総合病院へお振込をお願いします。

### ◎検査項目

	※○印が検査実施項目			
	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース
診察・問診	○	○	○	○
身体計測(身長,体重,肥満度,BMI,視力,血圧)	○	○	○	○
検尿(蛋白・糖)	○	○	○	○
胸部レントゲン(デジタル撮影)	○	○	○	○
聴力	○	○	○	○
腹囲		○	○	○
心電図検査		○	○	○
GOT,GPT,γ-GTP(肝機能)		○	○	○
総蛋白,総ビリルビン,ALP,ALB(肝機能)				○
血液一般検査(赤血球,白血球,Hb,Ht,血小板数,赤血球恒)		○	○	○
脂質検査(総コレステロール,中性脂肪,HDL-ch,LDL-ch)		○	○	○
糖尿病検査(空腹時血糖・HbA1c)		○	○	○
腎機能検査(尿素窒素)		○	○	○
痛風検査(尿酸)		○	○	○
貧血検査(鉄)				○
すい臓機能検査(アミラーゼ)				○
胃・十二指腸検査(胃部レントゲン検査)			○	○
大腸がん検査(2本)			○	○
眼底検査(無散瞳両眼撮影)				○

・眼底検査も片眼→両眼になりました。バリウム(胃部レントゲン検査・C~Dコース)ができない方は、追加料金600円にてABCリスク検診へ変更が可能となります。

・健康診断当日に使用する書類及び便検査容器は、受診日の1週間前までに小張総合病院より直接事業所様に郵送されます。

### ◎詳細

検診日時 昨年同様事業所ごとに予約制を取らせていただき、日付と時間を決めさせていただきます、受診いただきますので、ご了承ください。

ご都合が悪い方は、空きがあれば個別対応させていただきますので、ご連絡ください。

検診所要時間 1人 平均 40分程度

検査結果 検査結果は12月10日頃に小張総合病院より各事業所様に郵送にて発送予定です。

留意事項 ①食事制限について

B・C・Dコースを受診の方は、当日検査が終了するまで食事は取れません。

②胸部レントゲン、胃・十二指腸検査のある方は、下着類に金具・ボタン類のないものを身に付けてください。

③後日健診は実施しておりませんので、決められた日時をお願いします。

◎注意事項

今年度も昨年同様、基本的には会社ごとに日時を選んでお申込いただくかたちとなります。(会社ごとまとめて受診が基本)。もし、会社で選んだ日に受診できない人のみ、余裕がある日にちや時間帯に変更は可能です。ご相談ください。

申込みの際、会社ごとに希望日時を選択しご記入いただき、当所にて調整をさせていただきます。後日、当所より会社ごとの受診日時等についてご連絡させていただきます。1時間あたりの受診者数の上限が決まっているため、ご希望の日時でお受け出来ない場合がございますが、ご了承ください。

受診日当日の受付は、各自、受診日時に受付を済ませ、受診番号札を受け取ってください。原則として、事前予約の無い方は、健診当日来場されても受診できません。

また、受診当日、早めにご来場いただいても、入館及び受付が出来ません。お時間を確認してご来場くださいますようお願いいたします。原則、お時間の変更は致しかねます。

健診当日は、37.5度以上の発熱がある方は、来場をお控えください。

会議所 FAX：04-7122-7185

野田商工会議所 会員健康診断 申込書

令和 6年 月 日

\*すべての項目をみれなくご記入ください。

フリガナ  
事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

(希望日程)	(日にち)	(曜日)	(希望時間帯①～③)
第1希望：	/	( )	( )
第2希望：	/	( )	( )
第3希望：	/	( )	( )

●健 診 日：令和6年10月30日(水)・10月31日(木)・11月1日(金)・11月2日(土)

●希望時間帯：① 9:00～9:45 ②9:45～10:45 ③10:45～11:10

※希望の日程と時間帯をお選びいただき、時間帯は①～③でご記入ください。

\*選択する項目にはマル印○を付けてください。  
必ずフリガナを記入ください。

人数	氏 名				性 別	生年月日			
1	フリガナ お名前				男 女	S・H	年	月	日
	希望コース	A	B	C	D	オプション	前立腺	ABC	
2	フリガナ お名前				男 女	S・H	年	月	日
	希望コース	A	B	C	D	オプション	前立腺	ABC	
3	フリガナ お名前				男 女	S・H	年	月	日
	希望コース	A	B	C	D	オプション	前立腺	ABC	
4	フリガナ お名前				男 女	S・H	年	月	日
	希望コース	A	B	C	D	オプション	前立腺	ABC	
5	フリガナ お名前				男 女	S・H	年	月	日
	希望コース	A	B	C	D	オプション	前立腺	ABC	

\*合計額を計算して(合計)欄にご記入ください。

★基本	(A) 3,600×	名	(B) 9,200×	名	(C) 13,300×	名	(D) 15,000×	名	(A)～(D)小計	_____
★オプション	①2,300×	名	② 600×	名	①+②		小計	_____		

(合計)金額 \_\_\_\_\_ 円

－備考欄－連絡事項等がございましたらご記入ください。  
(日程を変更してほしい従業員等がいる場合には、こちらへご記入ください。  
ご希望に添えない場合があります。)

\*申込者が5名を超える場合には印刷してご利用ください。

・本申込書にご記入いただいた個人情報につきましては本健康診断に係る関係書類作成の為に実施医療機関への提供、当所での管理目的にのみ使用いたします。