

生活習慣病予防健診のご案内

平素より、当商工会議所の事業運営に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年度も、会員事業所様の福利厚生充実と健康維持増進を目的に、「生活習慣病予防健診」を実施する運びとなりましたのでご案内申し上げます。つきましては、下記の要領で実施いたしますので、ご希望日時・健診項目等の必要事項をご記入の上、お申込みください。

I 要 領

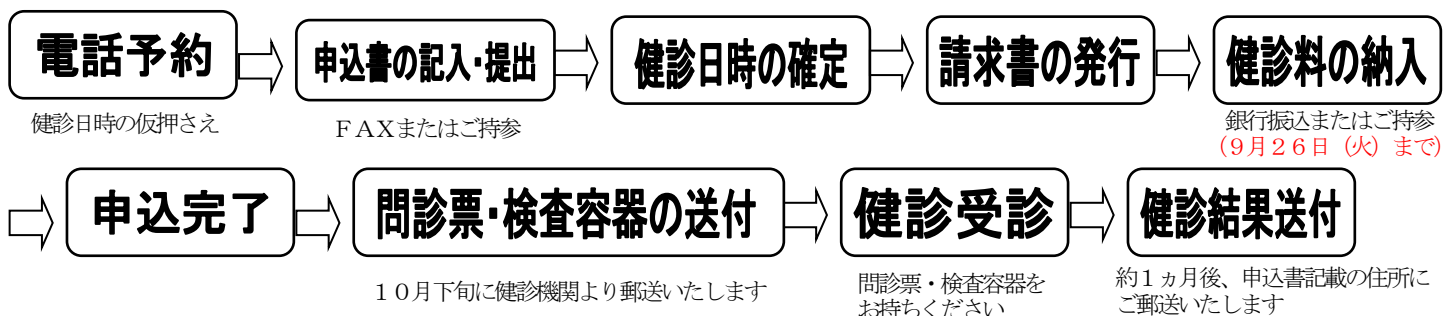
A 所沢商工会議所会議室 受診希望者

- ①健診日 1日目 平成29年11月13日(月)
2日目 平成29年11月14日(火)
3日目 平成29年11月15日(水)
4日目 平成29年11月16日(木)
- ②受付時間 午前9時00分～午前11時30分(30分ごとに予約受付をいたします)
※ただし、初日・13日(月)は9時30分～となります。
※本年度も性別(男性・女性)で時間帯を区切っておりません。
なお、お申込み順とさせていただき関係でご希望にそえない場合がございます。
- ③健診会場 所沢商工会議所 会議室
- ④所要時間 受付から健診終了まで、1人約60分(ただし、受診項目により異なります)
- ⑤受診対象者 会員事業所の事業主・従業員並びにご家族
- ⑥健診結果 健診日より1ヶ月程で専門医による総合判定結果を健診実施機関より会員事業所様宛にご郵送いたします。

B 朝霞台中央総合病院 受診希望者

- ①健診日 (1) 平成29年11月26日(日)
(2) 平成29年12月3日(日)
(3) 平成29年12月17日(日)
- ②受付時間 午前10時30分～午前11時
- ③健診会場 医療法人社団 武蔵野会 朝霞台中央総合病院 ※裏面地図参照
朝霞市西弁財1-8-10 TEL:048-466-2055
- ④所要時間～⑥健診結果につきましては、上記と同様となります。

※腹部超音波検査・インフルエンザ予防接種は実施していませんのでご注意ください!



申込期間(健診料納入含む)…平成29年9月12日(火)～9月26日(火)

II 健診内容

1. 生活習慣病予防健診 12,000円

- ◎ 身体測定・視力検査・血圧測定・聴打診・尿検査（糖・蛋白・潜血）・胸部X線（直接撮影）・腹囲測定
- ◎ 血液検査
 - 貧血検査（赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット）
 - 肝機能検査（AST・ALT・γ-GTP・総蛋白・アルブミン・A/G比・ZTT・ALP）
 - 痛風・脂質検査（LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・尿酸）
 - 腎機能検査（クレアチニン・尿素窒素）
 - 膵機能検査（アミラーゼ）
 - 糖尿病検査（空腹時血糖）
- ◎ 聴力検査（オージオメーター）
- ◎ 心電図検査（標準12誘導）
- ◎ 眼底検査

2. 腹部超音波検査 4,500円 ※朝霞台中央総合病院では実施しておりませんのでご注意ください!

胆のう・肝臓・腎臓など、お腹の中の状態を簡単に観察することができ、主に腫瘍（癌）や胆石・腎臓結石などの疾病の早期発見に役立つ検査です。

3. 消化器検査

健診No.	検査名	健診料	検査説明
A	胃部X線検査（直接撮影） 【バリウム】	4,000円	食道・胃・十二指腸に潰瘍や癌の疑いがないか調べます
B	ペプシノゲン検査【血液検査】	3,000円	胃粘膜と胃酸分泌の状態を胃炎をチェックします
C	ピロリ菌検査【血液検査】	1,000円	胃がんや胃潰瘍の発症に関係の深いピロリ菌の有無を調べます

4. 大腸がん検査（便潜血反応検査2日法） 1,200円

消化管の潰瘍や癌の発見に役立つ検査です。

5. インフルエンザ予防接種 4,000円 ※朝霞台中央総合病院では実施しておりませんのでご注意ください!

6. 腫瘍マーカー等（A～D・Fは男女共通、Eは男性のみ） 各2,500円

健診No.	検査名	検査説明
A	CEA	主に消化器疾患（大腸癌・胃癌・潰瘍性大腸炎・肝炎・胆石症・肺炎・気管支炎等）
B	CA19-9	主にすい臓・胆道系疾患（すい臓癌・胆のう癌・胆管癌・卵巣癌・すい炎・胆道炎・肝硬変）
C	PIVKA-II	肝疾患（肝細胞癌・肝硬変・慢性肝炎等）
D	SCC	子宮頸癌・肺癌・食道癌等の扁平上皮癌（肺炎・気管支喘息等呼吸器の炎症性疾患）
E	PSA	前立腺疾患（前立腺癌・前立腺肥大・前立腺炎）
F	BNP（心疾患）	心筋梗塞や心不全

事前に電話予約をしていただき、裏面申込書に必要事項等を記入の上、FAXまたは当所総務課窓口にてお申込みください。受付後、当所より請求書を発行いたしますので、

9月26日（火）までに健診料をご納入ください。

なお、申込期間内であっても、定員になり次第締め切らせていただきますので、ご了承ください。

お問合せ／お申込み先

所沢商工会議所 総務課

所沢市元町27-1 所沢ハーティア東棟3階

TEL:04-2922-2196 FAX:04-2923-6600

A 所沢商工会議所会議室 受診希望者 申込書

健診日：1日目 平成29年11月13日（月）
 2日目 平成29年11月14日（火）
 3日目 平成29年11月15日（水）
 4日目 平成29年11月16日（木）

お願い
 1. 生活習慣病予防健診 2. 腹部超音波検査 3. 消化器検査を受診される方は、検査に影響いたしますので、
前日夜9時以降から健診終了までご飲食・喫煙等なさないようお願い申し上げます。

【ご注意】 当所には駐車場がございませんので、お車で越しの際はハーティア地下市営駐車場（最初の30分は無料、以後30分毎50円）のご利用をお願いいたします。

① 下記に必要事項をご記入の上、希望する受診項目番号に○を付けてください。

事業所名						ご担当者名					
所在地	〒 _____ TEL _____ FAX _____										
フリガナ 氏名 生年月日	年齢	性別	1. 生活習慣病	2. 腹部超音波	3. 消化器	4. 大腸がん	5. インフルエンザ	6. 腫瘍マーカー等	希望日時		
T・S・H	才	男・女	1	2	A・B・C	4	5	A・B・C D・E・F	/ : :		
T・S・H	才	男・女	1	2	A・B・C	4	5	A・B・C D・E・F	/ : :		
T・S・H	才	男・女	1	2	A・B・C	4	5	A・B・C D・E・F	/ : :		
T・S・H	才	男・女	1	2	A・B・C	4	5	A・B・C D・E・F	/ : :		
T・S・H	才	男・女	1	2	A・B・C	4	5	A・B・C D・E・F	/ : :		

※お申込みの早い方から優先させていただきます。
 ※希望日時については、お申込み順とさせていただく関係でご希望にそえない場合がございます。

② 健診料の納入方法をお選びください。どちらかに○をつけてください。

<input type="radio"/> ご持参（商工会議所窓口）	<input type="radio"/> 銀行振込
------------------------------------	----------------------------

※健診料の納入を銀行振込でご希望の方は、改めて当所より振込先等を FAX にてご案内させていただきます。

【個人情報の取扱い】

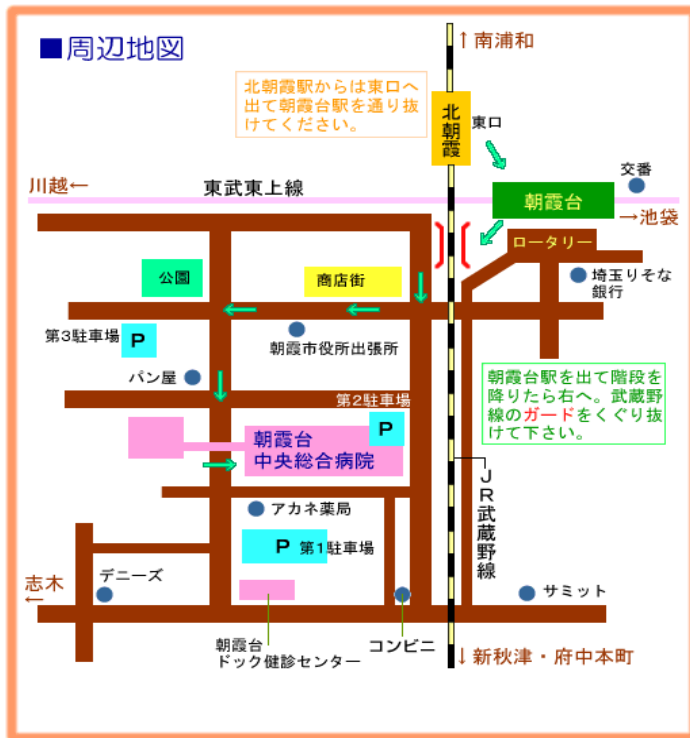
申込書にご記入いただいた個人情報は、健診結果報告と検査容器送付時に利用し、それ以外に利用することはありません。

B 朝霞台中央総合病院 受診希望者 申込書

- 健診日：(1) 平成29年11月26日(日)
 (2) 平成29年12月3日(日)
 (3) 平成29年12月17日(日)

健診会場：朝霞台中央総合病院

川越街道より水道道路経由約10分
 関越自動車道 所沢インターより約20分
 外環自動車道 和光北インターより約15分



お願い

1. 生活習慣病予防健診 3. 消化器検査を受診される方は、検査に影響いたしますので、**前日夜9時以降から健診終了までご飲食・喫煙等なさらないよう**お願い申し上げます。

① 下記に必要事項をご記入の上、希望する受診項目番号に○を付けてください。

事業所名			ご担当者名						
所在地	〒 —		TEL		FAX				
フリガナ 氏名 生年月日	年齢	性別	1. 生活習慣病	2. 腹部超音波	3. 消化器	4. 大腸がん	5. インフルエンザ	6. 腫瘍マーカー等	希望日
T・S・H	才	男・女	1	実施して おりませ ん	A・B・C	4	実施して おりませ ん	A・B・C D・E・F	/
T・S・H	才	男・女	1		A・B・C	4		A・B・C D・E・F	/
T・S・H	才	男・女	1		A・B・C	4		A・B・C D・E・F	/

※お申込みの早い方から優先させていただきます。

※希望日については、お申込み順とさせていただきます関係ご希望にそえない場合がございます。

② 健診料の納入方法をお選びください。どちらかに○をつけてください。

 ご持参 (商工会議所窓口)

 銀行振込

※健診料の納入を銀行振込でご希望の方は、改めて当所より振込先等を FAX にてご案内させていただきます。

【個人情報の取扱い】

申込書にご記入いただいた個人情報は、健診結果報告と検査容器送付時に利用し、それ以外に利用することはありません。