広島商工会議所　生活習慣病 メディカルチェックのご案内

事業主・従業員とそのご家族様の健康維持管理にご活用ください。
全コース労働安全衛生法による法定健診項目を満たしています。

【健診機関】　**医療法人あかね会　中島土谷クリニック　健診センター**

〒730-0811 広島市中区中島町6－1　5階（土谷総合病院南側）TEL 082-542-7272

【健 診 日】　随時（土日・祝日・年末年始は除く）

【お申込から受診・健診結果ご送付までの流れ】

① 裏面の申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にて広島商工会議所までお申込ください。
※お申込は受診希望日の2週間前までにお願いします。

② 後日、健診機関より健診日時等についてご連絡いたします。（ご希望日にお受けできない場合もありますので予めご了承ください。）
※お客様のご都合によるキャンセル・受診日等の変更は、速やかに健診機関にご連絡ください。

③ 指定受診日に健診機関にお越しください。

④ 健診終了後、14日程度で健診機関より専門医による分析及び判定結果をご送付いたします。

【健診コースのご案内】　（お一人様あたり・税込）

コース	会員企業健診料	一般企業健診料
Aコース	9，900円	10，780円
Bコース	16，500円	17，490円
Cコース	24，860円	26，400円

広島商工会議所 生命共済制度にご加入の方は、左記の会員企業健診料から、さらに、下記金額を割引します。

Aコース　2，000円　／　Bコース・Cコース　3，000円

検査の項目		コース A	コース B	コース C
問診等	診察・問診	○	○	○
身体検査	身長・体重	○	○	○
	標準体重・肥満度・BMI指数	○	○	○
	腹囲	○	○	○
眼科検査	視力	○	○	○
	眼底		○	○
	眼圧		○	○
聴力検査	オージオメータ（1000・4000HZ）	○	○	○
呼吸器検査	胸部X線検査	○	○	○
	肺機能検査			○
循環器検査	血圧	○	○	○
	心電図（12誘導）	○	○	○
大腸検査	便潜血2回法		○	○
尿検査	糖	○	○	○
	蛋白	○	○	○
	潜血		○	○
	ウロビリノーゲン			○
	ケトン体			○
	ビリルビン			○
	PH			○
	比重			○
	沈渣			○
血液一般	白血球数		○	○
	赤血球数	○	○	○
	血色素量	○	○	○
	ヘマトクリット		○	○
	MCV		○	○
	MCH		○	○
	MCHC		○	○
	血小板数		○	○
	血球分類			○

検査の項目		コース A	コース B	コース C
肝機能	GOT	○	○	○
	GPT	○	○	○
	γ－GTP	○	○	○
	LDH		○	○
	ALP		○	○
	コリンエステラーゼ		○	○
	総ビリルビン		○	○
	総蛋白			○
	アルブミン			○
	A/G			○
膵機能	アミラーゼ			○
脂質	総コレステロール		○	○
	中性脂肪	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
腎機能	尿素窒素			○
	クレアチニン		○	○
痛風	尿酸		○	○
糖代謝	血糖	○	○	○
	HbA1c		○	○
炎症性	CRP			○
梅毒	RPR			○
肝炎	HBs抗原		○	○
	HCV抗体		○	○
腫瘍マーカー	AFP			○
	CEA			○
	CA19－9			○

【オプション検査】　（お一人様あたり・税込）

No.	検査名	健診料
1	子宮頸がん検査（頸部細胞診）（月・火・木）	5，940円
2	乳がん検査(乳房超音波)（月～金）	3，850円
3	乳がん検査(ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ)（月・火・木・金）	6，050円
4	胃部X線検査	11，000円
5	胃内視鏡検査	13，200円

No.	検査名	健診料
6	腹部超音波検査	5，830円
7	血圧脈波検査	1，650円
8	骨密度測定	4，400円
9	頭部MRI・MRA検査	25，300円

お問合せ 申込先　**広島商工会議所 中小企業振興部 人材開発課**（土日・祝日・年末年始を除く　8：30～17：30）
〒730-8510　広島市中区基町5－44　TEL 082-222-6691 / FAX 082-222-6006

(R5)

申込先　広島商工会議所　人材開発課　行　FAX:082-222-6006

広島商工会議所　生活習慣病健診　健診申込書

健診機関：医療法人あかね会　中島土谷クリニック

フリガナ		TEL	（　　）　　－
事業所名			
所在地	〒　　－	FAX	（　　）　　－
フリガナ		会員区分	会員企業　・　一般企業
申込担当者			

下記のとおり健診を申込みます。

No.	フリガナ 健診申込者名	性別	生年月日	希望コース	オプション	健診希望日	生命共済加入状況
1		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
2		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
3		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
4		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
5		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
6		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
7		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入
8		男・女	T・S・H 年　月　日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年　月　日	加入 未加入

支払方法	当日支払希望　・　振込希望

※ 必要事項にご記入又は○を付けてください。
※ 申込欄が足りない場合は、申込書をコピーしご利用ください。

本申込書にご記入いただいた情報は、健診機関への申込・健診機関からの受診に係る連絡及び広島商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用いたします。

（会議所使用欄）