

2024年度 秋の健康診断のご案内

高槻商工会議所

当所では、職場で働く労働者の健康管理のため、定期健康診断を下記要領にて実施いたします。従業員の健康管理をすることは、事業活動の効率性や業績向上にもつながるといわれており、労働安全衛生法にも1年に1度の健康診断の受診が定められておりますので、この機会に是非受診されますようご案内申し上げます。

記

【健診日時】2024年10月23日(水) 受付時間 9:00~11:30/13:00~15:30

※混雑時のみ受付にて整理券を配付致します。

【健診場所】高槻商工会議所(会館内) 高槻市大手町3-46 JR高槻駅より徒歩15分 阪急高槻市駅より徒歩10分

【健診内容】

(当日お車でのご来所はご遠慮ください)

I 法令にもとづく定期健康診断

受診項目		年齢				
		34歳以下	35歳	36~39歳	40歳以上	
A	問診・内診	既往歴及び業務歴の調査 自覚症状及び他覚症状の有無	全員	全員	全員	全員
	一般健診	身長・体重・BMI・視力・聴力 血圧・胸部X線・検尿・※腹囲	全員	全員	全員	全員
B	血液検査	貧血検査・肝機能検査 血中脂質検査・血糖検査	全員 (医師の判断により省略可)	全員	全員 (医師の判断により省略可)	全員
C	心電図	安静時心電図検査(12誘導)	全員 (医師の判断により省略可)	全員	全員 (医師の判断により省略可)	全員

※近年職場での過労死等の問題が論じられております。この機会に年齢に関係なく、

ABC全項目の受診をおすすめします。

※腹囲については、医師の判断により省略基準があります。(妊娠中の女性、その他の者)

II 生活習慣病健診 【注】定期健康診断を受診される方が希望で受診できます。

D	E	F
エコー検査	胃がん検査	大腸がん検査
超音波断層撮影(腹部)	免疫放射法ペプシノゲン測定 (採血による)	免疫学的ヒトヘモグロビン検出 (採便による)
肝臓・胆のう・腎臓等の検査	萎縮性胃炎・胃ポリープ・胃がん などの疾患スクリーニング	大腸がんの初期症状は出血です。 便の潜血の有無を調べます。
検査前6時間絶食 (水・お茶のみ可)	胃がん検査は定期健康診断時の採血 量で実施します。	検査容器は、健診当日当所館内1階 受付会場にてお渡しします。

オプション検査 別紙をご覧ください。

受診にあたっての注意事項等

○検査当日は、午前の方は朝食を、午後の方は昼食をとらないでください。(正確な検査値を得る為)

※ただし、医師から指示のある常用薬は除きます。

○血液検査を受診された方は、採血後腕をもんだりしないよう注意して下さい。(青く腫れてしまうことがあります)

○胸部エックス線検査を受診される方は、ネックレスやボタン・ホック等のある着衣はさけて下さい。

※妊娠中または妊娠の可能性のある方は、胸部エックス線検査を受診することはできません。

○大腸がん容器の回収日は「健診当日」と「10月28日(月)9:00~12:00」です。

商工会議所館内1階受付にて容器を提出してください。

※事前に検査容器を健診前日までに当所窓口に取りに来てください。

※システムの変更に伴い、従来のカルテはご持参が不要となりました。

御社にて大切に保管ください。

【健診料】1人あたり(※健診料はすべて税込み)

I 法令にもとづく定期健康診断

定期健康診断(項目ABC) 会員 8,140円(下記合計金額より割引料金にて受診頂けます!)

(項目A:2,750円 B:3,850円 C:2,200円)

非会員 12,500円

(Aのみ:3,900円 Bのみ:5,500円 Cのみ:3,100円)

II 生活習慣病健診

D.エコー検査 会員 3,300円 非会員 5,500円

E.胃がん検査 会員 3,630円 非会員 5,830円

F.大腸がん検査 会員 1,100円 非会員 1,870円

※納付後の健診料はお返してできませんので、必ず受診していただきますようお願いいたします。

【実施機関】 榎原健診クリニック 日本F・P・C健康管理部

【結果通知】 健診機関より約3週間後を目途に事業所へ通知させていただく予定です。

【再検査者】 要再検査者・要精密検査者については、希望により健診機関等を紹介いたします。

【申込方法】 9月30日(月)までにFAXもしくはメールにて下記様式によりお申込みください。

〒569-0078 高槻市大手町3-46 高槻商工会議所 健診係

TEL 072-675-0484 FAX 072-675-3466

メールアドレス roho@takatsukicci.or.jp

切り取り線

「秋の健康診断・生活習慣病健診」受診申込書

高槻商工会議所 健診係 (FAX 072-675-3466) (メールアドレス roho@takatsukicci.or.jp)

事業所名		担当者名				
所在地		TEL	FAX			
フリガナ	受診者名	性別	年齢	生年月日	健診項目	金額
1	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
2	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
3	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
4	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
5	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
6	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
7	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
8	氏名	男・女		西暦 年 月 日	ABC・D・E・F	
計					名 名 名 名	円

【健診料納付方法】 申込み確認後に請求書を送付いたしますので、お振り込みください。

(振込期日: 10月31日)

本申込書にご記入いただいた個人情報は、定期健康診断施行における受診者名簿・健診結果作成のために利用するほか、定期健康診断に関する連絡・情報提供に使用いたします。