

2024年度 定期健康診断のご案内

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5月16日(木)・17日(金) 受付時間 9:00~11:30/13:00~15:30
秋の健康診断も新設しています。ご都合の良い方を選べます。

[秋の健診日時]2024年10月23日(水) 詳細は8月・9月の商工ニュース参照

※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	エコー検査	超音波断層撮影(腹部)	肝臓・胆のう・腎臓等の検査	検査前6時間絶食 (水・お茶のみ可)
E	胃がん検査	免疫放射法ペプシノゲン測定 (採血による)	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	胃がん検査は定期健康診断時の採血量 で実施します。
F	大腸がん検査	免疫学的ヒトヘモグロビン検出 (採便による)	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。	健診日 両日にて回収します。

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。

(エコー検査以外の方は、4時間を目安にして下さい)

※ ただし、医師から指示のある常用薬は除きます。

○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」もしくは「5月20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まで受け取りに来て下さい。

※ 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

E. 胃がん検査 会員 3,630円

F. 大腸がん検査 会員 1,100円

※がん検査等は別紙をご覧ください。

※納付後の健診料はお返しできませんので、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週間後に会社宛にご通知します。

【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】 4月1日(月)~5月7日(火)までにFAXもしくは郵送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

「2024年度 定期健康診断・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)

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