

各 位

小田原箱根商工会議所
会 頭 鈴木 悌介

企業従事者(事業主・役員・従業員)健康診断実施について

従業員の「健康」は会社の財産です。従業員の健康を確保していくことは仕事の能率アップと共に長期的な企業発展において不可欠なものです。そのため、健康づくりを企業レベルで行なう必要があります。

そのような観点から、事業主は労働安全衛生規則により、少なくとも年1回、定期的に従業員に健康診断を実施し、その結果を従業員に通知するよう義務づけられています。

つきましては、本年も下記日程により健康診断を実施致しますので、多数受診されますようご案内申し上げます。なお、ご希望の方は別添申込書によりお申し込みください。

1. 日時 ・ 場所

日 付	受 付 時 間	胃部検査	胸部CT検査		場 所
			午前	午後	
7 月 4 日 (火)	10:00 ~ 12:00	×	×		箱根町仙石原文化センター 2F 箱根町仙石原 842
7 月 10 日 (月)	9:00 ~ 15:00	×	○ 男性	○ 女性	小田原箱根商工会議所 1Fホール 小田原市城内 1-21
7 月 11 日 (火)	9:00 ~ 15:00	○	×		
7 月 26 日 (水)	9:00 ~ 15:00	×	○ 女性	○ 男性	*お車での来所はご遠慮ください (健診車両が駐車する為、 スペースがありません)
7 月 27 日 (木)	9:00 ~ 11:30	×	×		
7 月 5 日 (水)	9:00 ~ 15:00	×	×		小田原卸商業団地協同組合会館1階 小田原市鬼柳 172-9
7 月 6 日 (木)	9:00 ~ 15:00	○	○ 男性	○ 女性	
7 月 19 日 (水)	9:00 ~ 15:00	○	○ 女性	○ 男性	
7 月 20 日 (木)	9:00 ~ 11:30	×	×		

*注意 ① 午前受付は11:30まで、午後受付は13:30から15:00まで となります。(箱根会場は除く)

② 胃部検査受付は、午前11:30まで。

③ 昼食休憩あり。

④ 胸部CT検査は、6日、10日(午前:男性のみ、午後:女性のみ)、
19日、26日(午前:女性のみ、午後:男性のみ)の4日間。

午前中は、大変混雑し、検査等にお時間がかかることが予想されます。

胃部検査を受診されない方は、午後での受診にご協力をお願いします。

(軽めの昼食は、大きな影響はありません)

胃部検査と胸部CTを一緒に受けられたい方は、恐れ入りますが、小田原卸商業団地協同組合会館
でお願い致します。(会議所には、両車両を駐車することができないので、ご了承願います)

2. 検査機関

JA神奈川県厚生連 保健福祉センター

3. 受診料及び内容 (基準年齢は、平成30年3月31日現在の年齢とします)

(全て消費税含む)

法定検査(全員)		特別検査(希望者のみ)	
①39歳以下(35歳を除く)の方 身長、体重、視力 血圧、問診、診察 尿検査 (蛋白・糖・ウロビリノーゲン) 胸部間接撮影	②35歳と40歳以上の方 + 血液検査 心電図検査 聴力検査 腹囲	1, 血液検査	4, 700円
		2, 心電図検査	2, 500円
		3, 聴力検査	1, 000円
		4, 胃部検査・胃部間接撮影	4, 200円
		5, 眼底検査	1, 100円
		6, 骨粗鬆症検査	4, 100円
		7, 胸部CT検査(肺がん検査)	8, 600円
		8, 胸部CT+内臓脂肪測定検査	10, 800円
		9, 大腸がん検査(2日法)	2, 200円
会員 2, 800円	非会員 5, 100円	会員 8, 700円	非会員 10, 800円

- * 血液検査…貧血検査・肝機能検査・高脂血症検査等・ヘモグロビンA1c検査
- * 法定検査②の方は、特別検査1～3が含まれています。重複しないようお気をつけください。
- * 胃部検査を受けない方は、食事制限はありません。
(数値に大きな影響はありませんが、なるべく軽めの食事が望ましいです。)
- * 内臓脂肪測定検査のみの受診は不可。
- * 大腸がん検査は、精度の高い免疫学的便潜血検査(2日法)を行います。事前に専用の容器をお送りしますので、容器に少量の便を採り、受診日当日お持ち下さい。

4. 申込み方法 ① **申込期限:6月5日(月)** 同封の申込書に希望日、時間(30分単位)、受診者名、生年月日及び希望検査内容を記入してFAXして下さい。

② **お支払い期限:6月22日(木)**

- 総務課又は箱根支部でのお支払か、お振込みでお願い申し上げます。
- *振込手数料につきましては、ご負担いただきますようお願い申し上げます。
- *6月22日までに、お支払がなかった場合、受診ができませんのでご了承願います。

振込先	さがみ信用金庫 駅前支店 (普) 0149606 小田原箱根商工会議所 会頭 鈴木 悌介
-----	---

★申込みの際の注意事項

- 必ず氏名にフリガナをご記入ください。
 - 生年月日をご確認ください。
昭和53年3月31日以前及び、昭和57年4月1日から58年3月31日生まれの方は、法定検査②になります。基準年齢は、平成30年3月31日現在の年齢とします。
 - 申込みは、先着順のため、ご希望の日程を変更していただくこともありますが、ご協力の程よろしくお願ひ致します。なお、変更があった場合は、6月23日(金)迄にご連絡致します。
 - 申込書が不足の場合は、コピーしてお使ください。
 - キャンセルした場合は、8月1日(火)以降の返金となります。(但し、大腸がん検査のキャンセルは、6月22日(木)までとさせていただきます。)
- * (財)神奈川県経営者福祉振興財団並びに神奈川県福祉共済協同組合の共済加入者の方が、法定検診①・②を受けられた場合に、**1名につき2,000円**の補助が受けられます。
なお、補助金につきましては加入の有無を確認の上、後日、(財)神奈川県経営者福祉振興財団より銀行振込にて入金されます。

◎ 詳細は、小田原箱根商工会議所 総務課 (松下・平井)までお問合せください。

TEL (0465)23-1811 / FAX (0465)22-0877

企業従事者(事業主・役員・従業員) 健康診断申込書

受付No.

事業所名 _____

TEL _____ 該当項目に○をつけて下さい。 会員・非会員

所在地 _____

FAX _____ 担当者名 _____

No.	月日	時間	フリガナ 受診者名	生年月日	[1] 法定検査		[2] 特別検査(希望者のみ)									合計	
					①	②	血液検査	心電図	聴力	胃部レントゲン	眼底	骨粗鬆症	胸部CT	胸部CT + 内臓脂肪測定	大腸がん		
					会員 2,800 非会員 <5,100>	8,700 <10,800>	4,700	2,500	1,000	4,200	1,100	4,100	8,600	10,800	2,200		
1	/	:	-----	T 男 女 S . . H													
2	/	:	-----	T 男 女 S . . H													
3	/	:	-----	T 男 女 S . . H													
4	/	:	-----	T 男 女 S . . H													
5	/	:	-----	T 男 女 S . . H													
合計																	

- * 希望される箇所に○印をご記入下さい。 * 法定検査②には、血液検査・心電図・聴力検査が含まれます。
- * 内臓脂肪測定検査のみは、不可。
- * 申込書にご記入いただいた情報は、商工会議所及び実施機関からの各種連絡・情報提供に利用させていただくほか、次回健康診断の際に利用させていただくことがありますので、宜しくお願い申し上げます

健康診断等の検査結果につきましては、疾病予防と早期発見等、健康保険事業の利用目的に基づき、事業所に第三者提供致します。
また、皆様からお預かりした個人情報、「個人情報保護法」を遵守し、適正な取り扱いと保護を厳格に行います。

JA神奈川県厚生連 保健福祉センター巡回健診事業課

胃部 検診注意事項

検査前日

- < 活動 > 激しい運動は避け、体を休ませておいて下さい。
- < 食事 > アルコール・油物を控え、暴飲暴食はしないようにして下さい。
前日の夜9時以降は食事をとらないで下さい。水分は、コップ一杯程度であれば飲んでも構いません。
- < 内服 > 通常通り内服して下さい。
特に、血圧・心臓・脳卒中の薬は飲んで下さい。
糖尿病の薬に関しては、食事をとっていないと低血糖となる危険性があるため主治医に確認が必要です。

検査当日

- < 食事 > 当日の朝から検査終了までは禁飲食です。ただし口内を水で湿らす・うがいすることは可能です。
- < 内服 > 主治医に必要と言われた薬は、朝起きてすぐに100cc以下の水で内服して下さい。(内服から健診まで、最低3時間はあけて下さい。)
その他の薬は、検査終了後に服用して下さい。
- < 喫煙 > 検査当日の朝からなるべく控え、**検査1時間前からは喫煙しないで下さい。**
注) 喫煙は血圧・心拍の上昇を招き、胃液が増加します。その結果、血圧測定値やX線写真の結果に影響を与える可能性があります。

検査後

- 注) 検査終了直後に多めの水を飲んで下さい。
腸管内で固まりにくくするため、下剤服用後も水分を普段より多めに摂り続けて下さい。
排出時間に個人差はありますが、体内から安全に排出されるようにアルコールが含まれている飲料での水分摂取は厳禁です。
- < 下剤 > 検査終了後お渡しいたしますので、必ず忘れずに飲んで下さい。
- < 食事 > 普段通りで構いません。

* 下記に該当される方は、胃部レントゲン検査を受けられません。

- 以前にバリウム検査でアレルギー症状を起こした事のある方。
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方。
- 検査の当日、朝食をとられた方。

< お問い合わせ >

JA神奈川県厚生連 保健福祉センター
巡回健診事業課 TEL 046(397)2360