

潁田地区会員各位

飯塚市商工会
会長 土師 弥一郎
(公 印 省 略)

(再送)事業主及び従業員の定期健康診断の実施について(ご案内)

時下、益々ご清栄の事とお慶び申し上げます。

さて、標記の件につきまして下記の通りご案内いたします。診断をご希望される方は、指定の申込書にて潁田病院へお申込み下さい。 ※商工会では受付出来ませんのでご了承ください。

記

1. 実施期間 令和 7 年 5 月 1 日 (木) ～ 9 月 3 0 日 (火) ※土日祝日除く

受付時間 8 : 3 0 ～ 1 1 : 0 0 ※各日 2 名程度(受診時間の指定不可)

2. 実施場所 医療法人博愛会 潁田病院 (住所: 飯塚市口原 1061-1 TEL: 92-2131)

3. 健康診断内容

(1)	既往歴及び業務歴調査	(6)	尿検査
(2)	自覚症状及び他覚症状	(7)	貧血検査
(3)	身長・体重・視力・聴力の検査	(8)	肝機能検査
(4)	胸部 X 線検査	(9)	血中脂質検査
(5)	血圧測定	(10)	心電図検査

※その他の検査(別途料金)は裏面の「オプション検査のご案内」をご参照ください。

4. 申込方法 別紙の申込書に必要事項をご記入の上、受診予定日の 4 日前までに FAX にてお申込み下さい。

～ お申込に関する注意事項 ～

- ・電話のみでの予約・日にちの確保はできません。
- ・FAX でお申込みの際は送信後必ず電話で確認をお願いいたします。
- ・オプションの大腸検査にお申込みの際は、事前に潁田病院窓口にて検便キットをお受取り下さい。

5. 検診料金 受診記号 A (1) ～ (6) まで受診した場合 4, 9 8 0 円 (税込)
受診記号 C (1) ～ (1 0) まで受診した場合 7, 2 5 0 円 (税込)

6. 受診について ①検診当日は潁田病院受付にて、会社名とお名前をお伝えください。
②検診日の前日は 2 1 時以降の飲食をお控えください。
③受診結果と受診代請求書は後日潁田病院より事業所へご郵送されます。

お問合せ・お申込み先 医療法人博愛会 潁田病院 TEL: 9 2 - 2 1 3 1 FAX: 9 2 - 0 7 3 0

オプション検査のご案内

オプション検査とは、基本の健診のほかに、皆様が希望、選択して受けることのできる追加検査です。別途料金がかかりますが、特定の病気を示す異常があるかどうかを調べることができます。健康チェックのためにも、皆様それぞれにあったオプション検査を健診と重ねてお勧めいたします。

検査項目		検査内容	対象疾患	金額 (税込)
血液検査	☆ABC検診 (ピロリ菌・胃ペプシノゲン)	ピロリ菌：ピロリ菌感染 胃ペプシノゲン：胃粘膜の萎縮度	胃炎、胃潰瘍、胃がん、 十二指腸	¥6,110
	甲状腺ホルモン検査 (TSH・FT4)	体内のエネルギー代謝を調整する 甲状腺ホルモンの過不足		
	ヘモグロビンA1c	糖が結合したヘモグロビンにおいて、 過去1〜2ヶ月の血糖状態を表す	糖尿病	¥610
	☆腫瘍マーカー (CA-125) ※女性のみ	主に卵巣がんで高値となる腫瘍マーカー	卵巣がん、子宮内膜症	¥1,630
	☆腫瘍マーカー (PSA) ※男性のみ	前立腺がんに有用な腫瘍マーカー	前立腺がん、前立腺肥大	¥1,530
	☆腫瘍マーカー (CA19-9)	消化器がんの中でも、膵臓がん・ 胆嚢がん・胆管がんで陽性率が高い	膵臓がん、胆嚢胆管がん、 大腸がん	¥1,430
	☆腫瘍マーカー (AFP)	肝細胞がんの代表的腫瘍マーカーで、 ウイルスによる慢性肝疾患	肝細胞がん、慢性肝障害	¥1,220
	☆腫瘍マーカー (CEA)	最も広く用いられている腫瘍マーカーで、 特に大腸がんで陽性率が高い	各種消化管がん(大腸・胃・ 膵臓・胆嚢・肝臓など)、 肺がん	¥1,220
	☆腫瘍マーカー (SCC抗原)	扁平上皮がんで高値となる腫瘍マーカー	肺の扁平上皮がん、 食道がんなど	¥1,220
検体検査	☆便培養検査(赤痢菌・ サルモネラ・腸管出血性 大腸菌=O157)	食中毒などの原因菌の有無	吐き気や嘔吐、下痢など	¥1,730
	大腸検査2日間	大腸での出血の有無	大腸がん	¥1,530
画像検査	☆胃透視(バリウム) ※要予約	胃部X線(造影検査)	胃がん、十二指腸がん、 食道がん	¥11,300
	肺(胸部)CT(低線量)	胸部X線断層撮影	肺がん、肺気腫、肺線維症	¥9,170
	骨密度(骨塩量)	骨密度をDXA(X線)で調べる	骨粗しょう症	¥1,530
	腹部エコー	肝臓、胆嚢、腎臓などを超音波検査	脂肪肝、胆石、 胆嚢ポリープなど	¥5,600
	乳腺エコー ※要予約 注) 予約可能日は月・ 水・木のみです。	乳腺の腫瘍の有無や乳腺の変化	乳がん、乳腺症	¥3,560
	頸部エコー	頸動脈の壁の厚さや硬化を計測	動脈硬化、頸動脈狭窄	¥3,560
生理機能検査	血管機能検査 (ABI / PWV)	動脈硬化の程度	閉塞性動脈硬化症など	¥2,040
	心電図	心臓の電気的変化を波形に記録	不整脈、心肥大など	¥1,320
	肺機能検査	肺活量、一秒率など肺機能	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、 肺線維症	¥1,120

【血液検査】
※腫瘍マーカーは、あくまでも目安であり、がんの診断を特定することはできません。
【検体検査】
※便培養検査、大腸検査は、自宅での採便になりますので、お申込後は早めに容器を取りに来て下さい。
注) ☆印の検査につきましては、受診当日に結果が出ません。後日書面での報告となりますのでご了承下さい。

令和7年度

受診予定日の4日前までにお申し込みください。

申込日：令和7年 月 日

健康診断申込書

太枠内の記入箇所すべてにご記入のうえ、ご提出下さい。
申込者が4名より多い場合は、用紙を必要な枚数コピーしてご利用下さい。

価格について… A検診(1)～(6) 1人につき 4,980円
C検診(1)～(10) // 7,250円

※初めて受診される方及び35歳と40歳以上の方は受診記号Cとなります。

《事業所名称》※請求書宛名をご記載ください		
《事業所所在地》 千 ー		
《電話番号》 ー ー	《FAX番号》 ー ー	
《担当者名》	《申込者総数》	《合計金額》
	名	円
(備考欄)		

枚中		枚目		フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢	受診希望日	受診記号 いずれかに○	オプション検査(※別途料金) 別紙の検査一覧より「検査項目」を記入ください
1				男・女	昭和・平成	年 月 日		月 日	A・C (4,980円)・(7,250円)	
2				男・女	昭和・平成	年 月 日		月 日	A・C (4,980円)・(7,250円)	
3				男・女	昭和・平成	年 月 日		月 日	A・C (4,980円)・(7,250円)	
4				男・女	昭和・平成	年 月 日		月 日	A・C (4,980円)・(7,250円)	

【申込先】医療法人博愛会 額田病院

☎ 92-2131 FAX 92-0730

最終申込受付

9月24日(水)17時迄

※ お申込みの際は必ず
お手元にコピー(控え)
をおとりください。