

～健康診断のご案内～

あなたの身体は大丈夫ですか？ 従業員の健康管理は十分ですか？
従業員を常時雇用している事業主は年1回定期的に健康診断を受けさせなければならないことになっています。

本年度も福利厚生事業の一環として助成制度を設け、法の趣旨に沿った健康診断を下記の通り実施いたしますので、受診希望の方は別紙の申込書に料金を添えて申し込み締切日までに当会議所窓口へお申し込みください。（生活習慣病健診希望の方はこの際に事前準備物を配布致します。）

また本年度もオプション検査で腫瘍マーカーの検査をご準備致しました。詳しくは裏面を参照ください。

なお受診日時につきましては後日ご案内させていただきます。（9月中旬予定）

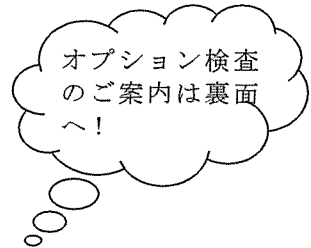
記

実施期日 平成27年10月7日（水）・8日（木）・9日（金）
受付時間 午前の部 8：30～11：30 生活習慣病健診
午後の部 13：00～16：00 定期健康診断

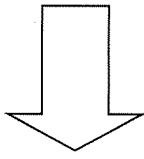
実施会場 近江八幡商工会議所

問い合わせ先 近江八幡商工会議所
TEL (0748) - 33 - 4141
FAX (0748) - 32 - 0765

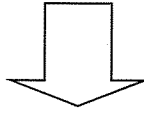
実施機関 一般財団法人 滋賀保健研究センター



① [定期健康診断] 定員340名 1名当り **¥6,700(税込)**

検査項目	料金(税込)
*問診、身長、体重、視力、色覚、血圧、腹囲、各測定 *胸部X線間接撮影、内科診察 *尿検査(蛋白、糖、潜血) *心電図検査、聴力検査(オゾマ-1000Hz, 4000Hz) *血液検査 肝機能(GOT, GPT, γ-GTP) 脂質(T-ch, TG, HDL-ch, LDL-ch) 貧血(RBC, Hb, Ht) 腎機能(BUN, UA) 血糖検査、HbA1c	通常価格 ¥8,950  今回実施価格 ¥6,700

② [生活習慣病健診(①定期健康診断内容を含む)] 定員160名 1名当り **¥13,700(税込)**

検査項目	料金(税込)
*上記①[定期健康診断]検査項目 *胃部X線間接撮影、眼底検査(両眼) *血液検査(TP, A/G, T-Bill, ALP, RF, クレアチニン) *大腸検査(便潜血反応)	通常価格 ¥17,990  今回実施価格 ¥13,700

申し込み締め切り日 平成27年8月28日(金)
(定員になり次第締め切らせていただきますのでご了承ください。)

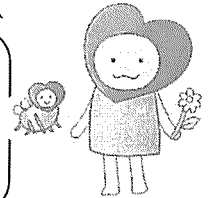
オプション検査のご案内

今年度も定期健康診断と同時に
血液のオプション検査
をご準備致しました！

ガンが気になる方には
腫瘍マーカーAセット
(CEA、CA19-9
AFP、SYFRA)

特に50歳以上の
前立腺検査(PSA)

特に女性には
マーカー女性Aセット
(SCC・CA125・CA15-5)



機能別名	項目	臨床的意義	価格
腫瘍マーカーAセット	*CEA (癌胎児性抗原)	ガンのスクリーニング検査として広く用いられています。主に結腸ガン、胃ガン、膵ガン、肺ガンなどの発見の手がかりとなります。	③Aセット ¥6,000
	*CA19-9	主に膵ガン、胆のう・胆管ガンなどの消化器ガンの発見の手がかりとなります。	
	*AFP	主に肝ガンの腫瘍マーカーとして用いられていますが、肝炎や肝硬変の指標としても用いられます。	
	*SYFRA (シフラ)	主に肺がんのうち扁平上皮がん、腺がんなどの非小細胞がんの特異性が高く、なかでも扁平上皮がんの早期発見に役立ちます。	
腫瘍マーカー	*前立腺検査 (PSA)	前立腺肥大・ガンの検査は血液中のPSA(前立腺特異抗原)の測定により簡単に実施でき、早期発見に役立ちます。(特に50歳以上の男性に有効です)	④¥2,000
マーカー女性Aセット	*SCC	主に子宮頸部、肺、食道等の扁平上皮がんの高い陽性率を示し、早期発見の手がかりとなります。	⑤女性Aセット ¥4,500
	*CA125	主に卵巣ガンに対して特異性があります。但し、妊娠時や月経期にも一過性に上昇します。	
	*CA15-3	主に進行・再発乳ガンに特異性が高く、乳がん検診における一つの指標として用いられます。	

※ 注意

- ・ 各オプション検査は、すべてセットでのご受診となります。
- ・ 各オプション検査は、定期健康診断・生活習慣病健診と同時でのご受診に限ります。
- ・ 表示金額はすべて税込金額です。

健康診断申込書

No.

事業所名		申し込み検査項目		料金	人数	受領印
所在地	〒	① 定期健康診断		¥6,700	名	
TEL	() ()	② 生活習慣病健診		¥13,700	名	合計金額
FAX	() ()	③ 腫瘍マーカーAセット		¥6,000	名	
		④ 前立腺検査(PSA)		¥2,000	名	
		従業員数	⑤ マーカー女性Aセット	¥4,500	名	円

※ご希望の検査項目に○をつけてください。

受診者名	生年月日	性別	受診項目 (どちらかに○)					オプショソ	備考	※記入しないで下さい! 受診日時
			① 定期	② 生活	③ 腫瘍A	④ 前立腺	⑤ 女性A			
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								
フリガナ 氏名	昭和・平成 年 月 日	男 女								

※6名以上申込される場合はコピーしてご利用ください。

受付No.