令和５年度　健康診断申込書（集団健診）

　※太枠内をご記入下さい　　　　　　　　　 ―【事業所情報】― 　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名  (フリガナ) |  | | 支 払 方 法 |
| 住　　　所 | 〒 | | １．当日現金 |
| ２．請 求 書 |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  | 書類等送付先 (上記住所と異なる場合） | |
| Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 担当者名 |  | 請求書送付先 (上記住所と異なる場合) | |

―【お申し込み内容】―

≪基本コース≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 検　　　査　　　内　　　容 | | ①コース | | ②コース | | ③コース | | ④コース | |
| １ 問診・診察 | 既往歴・業務歴・自覚症状・他覚症状（診察）・血圧 | | ● | | ● | | ● | | ● | |
| ２ 計測 | 身長・体重・ＢＭＩ・視力・聴力 | | ● | | ● | | ● | | ● | |
| ３ 腹囲測定 |  | |  | | ● | | ● | | ● | |
| ４ 尿検査 | 糖・蛋白 | | ● | | ● | | ● | | ● | |
| ５ 血液検査-㋑ | 赤血球数･血色素量･LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ･HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ･中性脂肪GOT･GPT･γ-GTP･血糖･ＨｂA１c | |  | | ● | | ● | | ● | |
| ６ 血液検査-㋺ | ALP・LDH・血清総蛋白･ｱﾙﾌﾞﾐﾝ･総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ･A/G比・尿素窒素  ｸﾚｱﾁﾆﾝ・eGFR・尿酸・白血球数・ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値・血小板数 | |  | |  | |  | | ● | |
| ７ 心電図検査 | 安静時標準12誘導 | |  | | ● | |  | | ● | |
| ８ 胸部X線検査 | デジタル撮影　または　直接撮影 | | ● | | ● | | ● | | ● | |
| ＊ 40歳未満（35歳を除く）の心電図，採血は  医師が必要でないと認める場合に限り  省略することができます。  その場合は，①コースを受診することができます。   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 雇用時 | | 深夜業務 | | 有機溶剤 | | じん肺 | | | 有  ≪追加項目≫ | 無 | 有 | 無 | 有 | 無 | 有 | 無 | | | 実施年齢層 | 齢 | |  | |  | |  | |
| 人数 |  | |  | | 人 | | 人 | |
| 料金（円）  (税込) | | 3,190 | | 7,590 | | 6,270 | | 9,570 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 検　　　査　　　内　　　容 | 料金(税込) | 人　数 |
| ９ 胃部Ｘ線検査 | 胃部Ｘ線撮影（間接撮影）　　　　《午前中のみ》 | 4,290円 | 人 |
| 10　大腸がん検診 | 免疫学的便潜血反応検査（2日法） | 1,650円 | 人 |
| 11　眼底検査 | 無散瞳眼底カメラ（両眼） | 1,100円 | 人 |
| 12　肝炎検査 | HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体　《セットのみ》 | 3,740円 | 人 |

＊　法定外項目をご希望の際には，受診者本人の同意が必要となります。　　　　　　　　　　　同意済

本人の同意をいただいている場合は右欄に健康診断担当者様の✔をお願いいたします。

また，法定外項目を事業主様へ報告する際も本人の承諾が必要となります。

＊　健康診断個人票等の記入につきましては，別途料金がかかります。事前に当センターへお申込ください。

＊　血液検査は外部委託となります。

―【ご希望する受診日】―

※実施日は日程表でご確認下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【集 団 健 診】 | 年　　月　　日 | 午前 　　　　人 | 年　　月　　日 | 午前　　　　　人 |
| 午後 　　　　人 | 午後　　　　　人 |
| 年　　月　　日 | 午前 　　　　人 | 年　　月　　日 | 午前　　　　　人 |
| 午後 　　　　人 | 午後　　　　　人 |

**公益財団法人** **宇都宮市医療保健事業団 健診センター**　　TEL 028-625-2213　FAX 028-625-2215