

広島商工会議所 人間ドック・生活習慣病予防健診のご案内

【会員企業の皆様へ】 日頃からお忙しい事業主・従業員の皆様、及びご家族の皆様のがん・生活習慣病の予防、健康管理のサポートを行っております。年1回の健診としては是非ご利用ください。

【健診機関】 医療法人 社団 朋和会 西広島リハビリテーション病院 健康開発センター ウイル
〒731-5143 広島市佐伯区三宅6丁目265番地 TEL:082-924-1116

【健診日】 随時（日曜・祝日・年末年始・盆休みを除く）※土曜日は不定期に実施していますので、事前にお問合せください。

【お申込方法】 右の健診申込書に必要事項をご記入の上、広島商工会議所まで、FAX または郵送にてお申込み下さい。後日健診機関より、受診日時のご連絡・ご説明及び事前書類をお送りします。

【健診コースのご案内】 (お1人様あたり・税込)

コース	会員企業健診料金	一般企業健診料金
Aコース(昼食付)	37,500円	39,875円
Bコース	19,700円	23,150円
Cコース	7,800円	9,075円

広島商工会議所 生命共済制度にご加入の方は、左表の会員企業健診料金から、さらに下記金額を割引！
Aコース・Bコース 3,000円 / Cコース 1,500円

項目	内容	A 日帰りドック	B 生活習慣病予防健診	C 定期健康診断
身体計測	身長・体重・BMI・胸囲など	○	○	○
聴力検査	オージオメーター (1000・4000Hz)	○	○	○
血圧検査	最高血圧・最低血圧	○	○	○
眼科系検査	視力 眼底・眼圧	○	○	○
尿検査	定性検査(尿糖・蛋白など) 沈渣	○	○	○
血液一般	赤血球・色素など	○	○	○
脂質検査	LDL・HDLコレステロール・中性脂肪など	○	○	○
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP など	○	○	○
肝炎検査	HBs 抗原	○	○	○
代謝系検査	血糖 HbA1c	○	○	○
痛風検査	尿酸	○	○	○
腎機能検査	クレアチニンなど	○	○	○
膵機能検査	アミラーゼ	○	○	○
炎症性反応	CRP など	○	○	○
心電図検査	安静時12誘導	○	○	○
胸部X線	1方向・2方向(コースによる)	○	○	○
上部消化管検査	胃部X線(胃部内視鏡は差額料金が必要です)	○	○	○
便潜血検査	2回法	○	○	○
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・腎臓など	○	○	○
肺機能検査	肺活量など	○	○	○
婦人科検診(月・水・金曜日)	乳がん検診(触診・マンモグラフィ) 子宮がん検診(頸部細胞診)	オプション	オプション	オプション
問診・聴診		○	○	○
食事(昼食)		○	○	○

【オプション検査】 ※この他にも各種オプション有り。当日相談可能。

No.	検査名	内容	料金(税込)
1	肺がん検診	ヘリカルCT	10,230円
2	乳がん検査	マンモグラフィ検査	4,400円
3	子宮がん検査	頸部細胞診	3,520円
4	骨密度検査	腰椎検査	4,400円
5	腫瘍マーカー検査	AFP・CEA・CA19-9・PSA など	2,200円～
6	肝炎ウイルス検査	B型肝炎・C型肝炎	440円～
7	胃検診セット	ピロリ抗体・ペプシノゲンなど	4,610円

【お問合せ・申込先】

**広島商工会議所 中小企業振興部
人材開発課**
(土日・祝日・年末年始を除く 8:30～17:30)
〒730-8510
広島市中区基町5-44
TEL 082-222-6691 / FAX 082-222-6006

↑ 申込先 広島商工会議所 人材開発課 FAX:082-222-6006

広島商工会議所 人間ドック・生活習慣病予防健診 健診申込書

健診機関：医療法人 社団 朋和会 西広島リハビリテーション病院 健康開発センター ウイル

フリガナ		TEL	()	-	
事業所名					
所在地	〒	FAX	()	-	
フリガナ		会員 区分	会員企業 ・ 一般企業		
申込担当者					

下記の通り健診を申し込みます。

No.	フリガナ	性別	生年月日	希望コース	オプション	健診希望日	生命共済 加入状況
	健診申込者名						
1		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
2		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
3		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
4		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
5		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
6		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
7		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入
8		男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	1 2 3 4 5 6 7	R 年 月 日	加入 未加入

支払方法 当日支払希望 ・ 振込希望 ※必要事項にご記入または○をつけてください。
※申込欄が足りない場合は、申込書をコピーしてご利用ください。

本申込書にご記入いただいた情報は、健診機関への申込・健診機関からの受診に係る連絡及び広島商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用いたします。

(※広島商工会議所記入欄)

受付 日付		受付 No.	
----------	--	-----------	--

切り取り線