

粕屋町商工会 会員各位

粕屋町商工会
会長 太田 健 策
(公 印 省 略)

集団健康診断開催のお知らせ(今年より健診時間延長)

粕屋町商工会では、会員事業所を対象に経営者とその家族、従業員さんの健康をバックアップするため、『集団健康診断』を実施いたします。従業員を雇用している事業主には、労働安全衛生法により1年に1回の定期健康診断を実施するよう義務づけられています。この機会に、福利厚生事業として健康診断受診をお申してください。

※別紙申込書裏面のアンケートにご記入下さい。今後のより良い健康診断の参考資料とさせていただきます。

実施日時 平成20年11月14日(金) 8時 ~ 同16時(受付は15時まで)
※胃がん検診(胃透視)は午前中のみ

実施場所 粕屋町健康センター(粕屋町役場裏駐車場内)

診断内容〔基本検診〕 胸部X線(間接撮影)、身長・体重測定、腹囲測定、血圧測定、視力検査
聴力検査、検尿(糖、蛋白、ウロビリ、潜血)、問診・医師診察、
貧血検査(赤血球数、血色素量、白血球数、ヘマクリット)、
肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GPT、ALP)
血中脂質検査(T-C、中性脂肪、HDL-C、LDL-C)、糖質検査(血糖)
腎機能検査(尿酸、クレアチニン)
心電図検査(安静時12誘導)

〔特別検診〕 特別検診を受診希望の方は、別紙申込書に○をつけてください。

- ①胃がん検診(胃透視) ※午前中のみ、
 - ②血中ペプシノーゲン(採血のみの簡易胃ガン検査)、
 - ③大腸がん検診(便潜血2回法)、④C型肝炎検査、
 - ⑤B型肝炎検査、⑥前立腺がん検査(男性50歳以上)、
 - ⑦グリコヘモグロビン検査(詳細な糖尿検査)
- * ②、④~⑦は採血検査のため時間はかかりません。

受診負担金

受診者数	基本検診	胃ガン検診	血中ペプシノーゲン	大腸がん便潜血2回法	C型肝炎	B型肝炎	前立腺がん	グリコヘモグロビン
1~3人	2,500円	2,000円	1,500円	400円	1,000円	500円	1,000円	250円
4~5人	3,500円	2,000円	1,500円	400円	1,000円	500円	1,000円	250円
6~10人	4,000円	2,000円	1,500円	400円	1,000円	500円	1,000円	250円
11~15人	4,500円	2,000円	1,500円	400円	1,000円	500円	1,000円	250円

対象事業所 粕屋町商工会々員、その家族、従業員(1事業所15名以内とし、16名以上で受診希望の事業所につきましては、別途個別に検診業者をご紹介致しますのでお問合せ下さい。)

定 員 200名(定員になり次第締め切ります。)

申込・締め切り **10月31日(金)**までに別紙「申込書」に記入の上、**受診負担金を添えて商工会窓口にて**お申込下さい。

その他 ※申込書受診希望時間については、次の時間帯から選んで番号をご記入ください。

① 8:00～ 8:30 ② 8:30～ 9:00 ③9:00～ 9:30

④ 9:30～10:00 ⑤10:00～10:30 ⑥10:30～11:00

⑦11:00～11:30 ⑧11:30～12:00

.....胃ガン検診は午前中のみ.....

⑨13:00～14:00 ⑩14:00～15:00 ⑪15:00～16:00

尚、同時間帯に集中した場合は、調整させて頂く場合がありますので予めご了承ください。

※申込受付後は、申込書を複写後、領収印押印を以って領収書とさせていただきます。

お問合せ先 粕屋町商工会 TEL938-2456 担当 西野

健康診断受診申込書(兼 領収証)※裏面のアンケートもご記入下さい

事業所名				所在地										
ご担当			Tel				Fax							
受診者氏名 (フリガナ必記)	生年月日	性別	保険 証種 類	基本健診 受診 負担金	オプション検査受診負担金額 (希望者のみ○)								受診希望時間	
					胃ガ ン検 診	ペ プ シ ン ー ゲ ン	大腸ガ ン②	C 肝	B 肝	前立腺 ガン	ヘモ グロ	第一 希望	第二希 望	
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	2,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	2,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	2,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	3,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	3,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,000	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,000	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,000	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,000	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
フリガナ	T S H 年 月 日	男・ 女	国・ 社	4,500	2,000	1,500	400	1,000	500	1,000	250			
受診負担金等合計	男性 女性	名 名										合計金額		

※ 太枠内のみご記入下さい。受付終了時に本用紙を複写、領収印押印を以って領収証とさせていただきます。

領収金額
円

領収印

上記金額を健康診断受診負担金として領収しました。(領収印無きものは無効)

粕屋町商工会 会長 太田 健 策
粕屋町若宮 2-3-1 tel938-2456

集団健康診断実施についてのアンケート

①健康診断開催日程についてお尋ねします。好ましいものに○を記入下さい。

1. 午前中の1日のみ 2. 1日のみ 3. 連続する複数日の午前中

4. 連続する複数日 5. 隔週午前中 6. 隔週1日

7. その他 [ご記入下さい]

②あなたが受けている健康診断の項目にないもので、是非受けてみたい項目は何ですか？
該当するものに○をご記入下さい(複数回答可)。

1. じん肺健康診断 2. 石綿健康診断 3. 有機溶剤健康診断 4. 鉛健康診断

5. 肺がん検診 6. 乳がん検診 7. 子宮頸部がん検診 8. 骨粗鬆症検診

9. 腹部超音波検診 10. 眼底検診 11. 眼圧検診 12. 血液流動検診

13. その他 [ご記入下さい]

③昨年度受診された方へおたずねします。健康診断受診時の業者の対応等についてお聞かせ下さい(該当するものに○を記入下さい)。

1. 良い

2. 普通

3. 悪い [ご記入下さい]

④粕屋町商工会健康診断についてのご意見ご要望ありましたら記入下さい。

[]