

生活習慣病予防健康診断のお知らせ

神栖市商工会では、会員の皆様の健康管理の一環として、本年度も健康診断を実施する運びとなりました。

今年度も、新型コロナウイルス感染防止対策のため、検査会場を白十字健診センターで実施致します。

つきましては、下記申込方法により、是非この機会にお申込み下さるようご案内申し上げます。

また、新型コロナウイルス感染拡大防止等に伴い病院側の受入体制が困難な場合には、中止となる場合がございますのでご了承ください。

記

【受診期間】 令和7年12月1日(月) ～ 令和8年2月7日(土)

※時間については予約時に確認 (12月29日～1月3日、日曜日は除く)

【検査会場】 白十字総合病院 健診センター (神栖市賀2148 Tel:0299-93-1779)

【募集人員】 100名(先着順) 【対象者】 商工会会員及び会員のご家族、従業員

【検査料金】 検査料金には消費税が含まれています。

検査コース	検 査 料	検査項目
A コ ー ス	18,150円 ⇒ 14,000円	生活習慣病
B コ ー ス	9,350円 ⇒ 7,800円	法令健診

※検査コースについてはA又はBのどちらかを選択してください。

オプション	検 査 料	検 査 項 目
1	14,300円 ⇒ 13,000円	胃 癌 検 査 (バリウム検査)
2	5,500円 ⇒ 5,100円	胃 癌 検 査 (血液検査)
3	1,320円 ⇒ 1,000円	大腸癌検査
4	3,300円 ⇒ 3,000円	肝 炎 検 査
5	2,200円 ⇒ 2,000円	前立腺癌検査
6	1,650円 ⇒ 1,500円	乳 癌 検 査
7	2,090円 ⇒ 1,900円	子宮癌検査

【申込方法】 1、『白十字総合病院 健診センター』に電話予約(受診日・受診内容等)する。
(電話予約する際は、必ず神栖市商工会の健康診断申込であることをお伝え下さい。)

2、電話予約完了後、右欄の健康診断申込書に必要事項を記入し、『白十字総合病院 健診センター』へFAXにてお申し込み下さい。

(予約した受診項目(A・B、オプション1～7)に必ず○印を付けてください。)※オプションのみの申し込みはできません。

3、検査料については、受診月の末日で締めて翌月上旬に請求書を郵送いたします。(「白十字総合病院 健診センター」から郵送されます。)

4、電話予約・申込・受診に関する問い合わせ先

「白十字総合病院 健診センター」 Tel: 0299-93-1779 FAX: 0299-93-1084

※申込後、問診票が事業所へ郵送されますので、必要事項を記入し注意事項をご覧になり、予約時間までには健診センターへお越し下さい。結果報告書は、請求書と合わせて事業所へ郵送されます。

※ご不明な点がございましたら神栖市商工会(Tel:0299-92-5111)までご連絡下さい。

◎申込締切日 令和7年11月28日(金)

【検査項目】

A コース (生活習慣病)	循環器検査	心電図・眼底(両眼)・血圧測定
	呼吸器検査	胸部 X線(デジタル)
	超音波検査	肝臓・腎臓・胆嚢・膵臓・脾臓
	尿検査	糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血
	貧血検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット
	肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP・総ビリルビン・ALP
	脂質検査	LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪
	腎・膵機能検査	尿素窒素・尿酸・クレアチニン・アミラーゼ
	糖尿病検査	血糖(空腹時)・HbA1c
	身体測定・問診	身長・体重・視力・肥満度(BMI)・腹囲・診断・相談・指導
	総合判定	診断・指示・指導・相談
B コース (法令健診)	循環器検査	心電図(安静)・血圧測定
	呼吸器検査	胸部 X線(デジタル)
	尿検査	糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血
	貧血検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット
	肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP
	脂質検査	LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪
	糖尿病検査	血糖(空腹時)
	身体測定	身長・体重・標準体重・視力・肥満度(BMI)・腹囲
	聴力検査	1000Hz・4000Hz
	総合判定	診断・指示・指導・相談
	総合判定	診断・指示・指導・相談
オプション1	胃癌検査	胃部 X線(バリウム検査)
オプション2	胃癌検査	ABC検査(血液検査)
オプション3	大腸癌検査	便潜血反応検査2日法
オプション4	肝炎検査	B型肝炎・C型肝炎(血液検査)
オプション5	前立腺癌検査	前立腺特異抗原(PSA)〔男性〕(血液検査)
オプション6	乳癌検査	CA15-3精密測定〔女性〕(血液検査)
オプション7	子宮癌検査	SCC抗原精密測定〔女性〕(血液検査)

キ リ ト リ

神栖市商工会 生活習慣病予防健康診断申込書 (FAX:0299-93-1084) No. _____

事業所名												
住 所		〒										
担当者名						電話番号						
1	フリガナ				年齢	性別	フリガナ				年齢	性別
	氏 名					男・女	氏 名					男・女
	生年月日	S・H	年	月	日	4	生年月日	S・H	年	月	日	
	受診日時	年	月	日(時 分)		受診日時	年	月	日(時 分)			
	希望コース	A・B				希望コース	A・B					
希望オプション	1・2・3・4・5・6・7				希望オプション	1・2・3・4・5・6・7						
2	フリガナ				年齢	性別	フリガナ				年齢	性別
	氏 名					男・女	氏 名					男・女
	生年月日	S・H	年	月	日	5	生年月日	S・H	年	月	日	
	受診日時	年	月	日(時 分)		受診日時	年	月	日(時 分)			
	希望コース	A・B				希望コース	A・B					
希望オプション	1・2・3・4・5・6・7				希望オプション	1・2・3・4・5・6・7						
3	フリガナ				年齢	性別	フリガナ				年齢	性別
	氏 名					男・女	氏 名					男・女
	生年月日	S・H	年	月	日	6	生年月日	S・H	年	月	日	
	受診日時	年	月	日(時 分)		受診日時	年	月	日(時 分)			
	希望コース	A・B				希望コース	A・B					
希望オプション	1・2・3・4・5・6・7				希望オプション	1・2・3・4・5・6・7						

※申込書が足りない場合はコピーして使用してください。