

ミニ人間ドックのご案内



この機会にぜひ健診をお受けください!!

従業員・ご家族の方もご利用できます

名古屋商工会議所では、従業員等の健康管理の一環として、生活習慣病等の早期発見と予防のため「ミニ人間ドック」を実施しております。

特に腹部超音波検査は、重要な臓器（肝臓、膵臓、腎臓、胆嚢、脾臓）の病変の早期発見・早期治療に大きな力を発揮しております。

つきましては、各事業所の従業員及びそのご家族の健康管理のため、オプション検査も多数用意しております「ミニ人間ドック」をこの機会にご受診いただきますようご案内申し上げます。

健診内容

Aコース	診察（問診・聴打診）、身長、体重、BMI、腹囲、視力検査、尿検査（糖・蛋白・ウロビリノゲン・潜血）、 血圧測定、聴力検査（1000Hz、4000Hz） 胸部デジタル撮影、心電図（安静時12誘導）、眼底検査（両眼）、 血液検査：脂質代謝異常（総コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール）、 肝機能検査（総蛋白、アルブミン、A/G比、AST、ALT、γ-GT、ALP）、 腎機能検査（尿素窒素、尿酸、クレアチニン/eGFR）、膵機能検査（アミラーゼ）、糖尿病検査（空腹時血糖、HbA1c）、貧血検査（赤血球数、白血球数、血小板数、血色素量、ヘマトクリット値） 腹部超音波検査（肝臓、膵臓、腎臓、胆嚢、脾臓）
Bコース	上記項目より腹部超音波を除く検査

健診日時及び場所

健診日	2025年4月1日（火）～2026年3月31日（火）※日曜・祝日を除く	
健診機関 健診開始時間	名古屋市医師会健診センター Aコース・Bコース……………8:00～11:00	名古屋臨床検査センター附属診療所 Aコース・Bコース……………9:00、9:30

受診料（消費税込）

	会 員	特定商工業者		一 般
		生命共済制度加入者	生命共済制度非加入者	
Aコース	18,590円	18,590円	19,690円	20,680円
Bコース	12,540円	12,540円	13,640円	14,630円

オプション検査（追加料金・税込）

①胸部CT検査……………16,500円	⑥動脈硬化検査……………3,850円	⑨前立腺がん検査(PSA)……1,540円
②骨粗しょう症検査……………1,925円	⑦乳がん検査(マンモグラフィ)……4,950円	⑩頸動脈エコー検査……………6,050円
③子宮がん検査※……………4,070円	⑧乳がん検査(エコー)	⑪CT法内臓脂肪検査……………3,300円
④ペプシノゲン・ピロリ抗体検査……5,500円	I 名古屋市医師会健診センター……………4,950円	⑫胃部X線デジタル撮影……13,200円
⑤腫瘍マーカー検査※……………7,260円	II 名古屋臨床検査センター附属診療所…7,700円	⑬NT-proBNP検査(心疾患)……1,650円

※③は、名古屋臨床検査センター附属診療所については毎週月曜日の午後実施。

※⑤の内容について、男性はシフラ・AFP・CEA・CA19-9・PSA、女性はシフラ・AFP・CEA・CA19-9・CA125となります。

提携健診機関（健診内容のお問合せ先）

I 名古屋市医師会健診センター
〒461-0004 名古屋市中区葵1-18-14
TEL.(052)937-8425 FAX.(052)937-7894

II 名古屋医師協同組合
名古屋臨床検査センター附属診療所
〒466-0053 名古屋市中区滝子町27-22
TEL.(052)825-3807 FAX.(052)881-8001

ミニ人間ドック申込書

受付日 _____

受付番号 _____

申込要領

- ① 下記に必要事項をご記入の上、名古屋商工会議所までFAXして下さい。
- ② 健診機関より、健診の日程をご連絡し、健診日の確定後、健診のご案内を送付いたします。
- ③ 検査結果は、約2週間後、受診者本人様に健診機関より検査結果表を送付致します。また、ご希望により結果一覧表を事業所宛にお出しすることも出来ますが、個人情報保護法に遵守して、受診者個人の承諾書を提出していただきます。(但し、法定項目はこの限りではない)

FAX番号 (052) 221-7622

事業所名	フリガナ	事業所番号	(宛名に付した7桁の番号)
代表者名		担当者名	
住所	(〒 -)		
TEL		FAX	
区分①	会 員 ・ 特定商工業者 ・ 一 般	検査結果	※事業所宛に受診者全員の検査結果を送付します。 必 要 ・ 不 要
区分②	※区分①にて特定商工業者の方のみで記入ください→	生命共済制度	加 入 ・ 非 加 入
保険証区分	協 会 け ん ぽ ・ 健 康 保 険 組 合 ・ そ の 他		

受診者名簿

(人数が下記表よりも多い場合はコピーしてご記入下さい。)

I:名古屋市医師会健診センター II:名古屋臨床検査センター附属診療所

No	受 診 者 名	性別	生年月日	希望コース	オプション検査	健診場所	受診第1希望日	受診第2希望日
1	フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	A・B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10 11・12・13	I・II	月 日	月 日
	住所(〒 -)							
2	フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	A・B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10 11・12・13	I・II	月 日	月 日
	住所(〒 -)							
3	フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	A・B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10 11・12・13	I・II	月 日	月 日
	住所(〒 -)							
4	フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	A・B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10 11・12・13	I・II	月 日	月 日
	住所(〒 -)							
5	フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	A・B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・10 11・12・13	I・II	月 日	月 日
	住所(〒 -)							

※受診日のご希望にそえない場合は、健診機関より空き日をご連絡いたします。

※ご記入いただいた情報は、本所および提携健診機関からの各種連絡・情報提供のために利用することがあります。

名古屋商工会議所 中小企業部 会員サービス担当 TEL.052(223)5648