



メディカルチェックで いきいき健康ライフを!

従業員・ご家族の方もご利用出来ます
年齢を問わず、多くの方がその因子を抱えている「生活習慣病」。
予防・改善の第一歩は、年齢やライフスタイルに応じた健康チェックを定期的に受診することです。
健康ライフのためにあなたも始めませんか。

充実のメディカルチェックをご用意しました

- 条件に合わせて選べる**5つのコース**。
- 充実の血液検査、**最大40項目**(@総合人間ドックの場合)。
- わずか1~2時間**で受けられます。
- より精密に調べたいときの各種オプション検査。
- 50名以上の定期健診には健診車の派遣も可能。
- 年間を通じて**いつでも受診可能**(日・祝日を除く)。

選べる5つのコース

| 健診コース | 検査項目 | 健診料(税込) | | | |
|---|---|---------|-------------------------|----------------|---------|
| | | 会 員 | 特定商工業者 生命共済制度 加入者 | 生命共済制度 非加入者 | 一 般 |
| ㉑ 定期健診 [健診時間: 約1時間] | <ul style="list-style-type: none"> ●各種検査: 問診・身長、体重、腹囲、BMI・血圧測定 視力測定・聴力検査(1000・4000Hz) ●心電図検査: (安静時 12誘導) ●尿検査: 蛋白・糖・ウロビリノゲン・潜血 ●胸部X線: デジタル撮影 ●血液検査・一般検査: 赤血球・白血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・血小板数 ・脂質代謝異常: 総コレステロール・HDL-コレステロール・中性脂肪・LDL-コレステロール ・肝機能検査: AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP) ・糖代謝検査: 空腹時血糖・HbA1c | 8,910円 | 8,910円 | 10,230円 | 10,780円 |
| ㉒ 巡回定期健診 ※受診者50名以上必要 ※名古屋医師会健診センターのみ [健診時間: 約1時間] | <ul style="list-style-type: none"> ●血液検査・一般検査: 赤血球・白血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・血小板数 ・脂質代謝異常: 総コレステロール・HDL-コレステロール・中性脂肪・LDL-コレステロール ・肝機能検査: AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP) ・糖代謝検査: 空腹時血糖・HbA1c | 11,220円 | 11,220円 | 12,100円 | 13,200円 |
| ㉓ 人間ドック [健診時間: 約2時間] | 上記、㉑コースに加えて <ul style="list-style-type: none"> ●眼底検査: 無散瞳眼底カメラ(両眼) ●胃部X線: デジタル撮影 ●腹部超音波検査: 肝臓・胆のう・脾臓・膵臓・腎臓 ●血液検査: 腎機能(尿酸、クレアチニン/eGFR) ●糞便検査: 便ヒトヘモグロビン2日法 | 31,460円 | 31,460円 | 33,000円 | 36,300円 |
| ㉔ 総合人間ドック [健診時間: 約2時間] | 上記、㉓コースに加えて <ul style="list-style-type: none"> ●眼圧検査: 両眼 ●心機能検査: NT-proBNP ●肺機能検査: 肺活量、1秒率、肺活量比、1秒量 ●尿検査: ビリルビン、アセトン体、比重、pH、尿沈渣 ●血液検査: 血液像・貧血症4項目・アミラーゼ・腎機能5項目 RF・CRP・肝機能5項目・腫瘍マーカー5項目 | 49,280円 | 49,280円 | 50,380円 | |
| ㉕ 協会けんぽ (35~74歳の方) | <ul style="list-style-type: none"> ●診察等: 問診、視診、触診、聴打診 ●身体計測: 身長、体重、腹囲、視力、聴力 ●血圧測定 ●尿検査 ●便潜血反応検査 ●血液検査 ●心電図検査 ●胸部レントゲン検査 ●胃部レントゲン検査 | 5,282円 | 5,282円 | 5,282円 | 5,282円 |

※別途配車手数料がかかります。
詳細は名古屋医師会健診センターまでお問い合わせください。

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 |

※⑧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午後のみ実施。
※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 名古屋市東区葵 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 名古屋市昭和区滝子町 27-22
TEL.(052)825-3807 FAX.(052)881-8001

メディカルチェック健診申込書

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してください。
- ② 健診機関より、健診の日程を連絡し、健診日の確定後、健診のご案内を送付いたします。
- ③ 受診後に会社宛てに請求書を送付いたします。健診車派遣の定期健診は健診終了後、健診機関より事業所単位でご請求いたします。
- ④ 検査結果は、約3週間後、受診者本人に健診機関より検査結果表を送付いたします。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。

| | | |
|--------|---|------------------|
| 健診機関 | 名古屋市医師会健診センター | 名古屋臨床検査センター附属診療所 |
| 健診開始時間 | 8:00~11:00 ①定期健診は月曜・金曜の午後となります。 (上記以外希望の場合、応相談) | 9:00、9:30、10:00 |

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ご記入ください。→ | 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

| 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・c d・e | 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・c d・e | 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・c d・e | 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・c d・e | 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・c d・e | 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。