

# 集団健診(日曜健診)申込書

保険証番号	90-1249-	組合員氏名	
-------	----------	-------	--

年間日程表に印をする等、健診日を忘れないよう各自で控えを取っておいて下さい!

受診者氏名 1	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

受診者氏名 2	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

受診者氏名 3	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

受診者氏名 4	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

受診者氏名 5	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

受診者氏名 6	希望回	希望される方(有料)は	を付けてください
	第 回	腹部エコー	・ P S A ・ 胃がんリスク

備考	<p>胃がんリスク検査の内容は主にピロリ菌の有無を調べるものです。ピロリ菌が発見された方は健康保険を使って医療機関で除去してください。発見されなかった方は大人になってからピロリ菌が入ってくることはありません。中建国保加入から3年たった組合員本人は1回のみ無料で胃がんリスク検査を受けることができます 申し込み不要。また、過去に胃がんリスク検査を受けられたことのある方は、オプションで検査を希望されても中建国保のシステム上、希望欄に入力できなくなっています。どうしても再度検査をしたい方は、個別にご連絡ください。</p>
	<p>腹部エコーを希望される方は、健診の時間が長引く可能性がありますのでご承知おきください。</p>

健診内容 (無料)	身長計測(身長・体重・腹囲・BMI)、血圧、血中脂質検査(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(GOT・GPT・-GTP)、血糖検査(空腹時血糖・HbA1c)、尿検査(糖・蛋白)、既往歴、自覚症状、他覚症状等の問診、診察(理学的所見)、胸部X線検査(直接)、がん検診
オプション (有料)	腹部エコー(3,240円)・・・超音波による肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓、等の臓器の異常を調べます
	胃がんリスク検査(3,500円)・・・血液検査でピロリ菌の有無など胃の健康度を調べます。 P S A検査(2,592円)・・・血液検査による前立腺異常(前立腺肥大・前立腺ガン)を調べます(男性のみ)

## 注意

中建国保未加入者及び20歳未満の被扶養者は健診費用が有料(10,500円)となります  
締切日を過ぎてのキャンセル(健診日の2週間前が最終締切)は、キャンセル料500円がかかることもございますので  
ご了承ください。

健診4日前までに案内と道具が届かない場合はご連絡ください