

お得意様各位

新健診システムへの移行に伴うお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、当センターと致しましては昨今の健診システムソフトの向上に鑑み、健診業務のサービス向上と精度管理の徹底を図るため、平成23年4月1日より健診システムを新しいものに移行することとなりました。

また、これに併せて血液検査のアミラーゼ・アルブミン・コリンエステラーゼの試薬を標準化対応法のものに変更させていただきますので、基準値も変更されます。

コリンエステラーゼの基準値が大幅に変わりますが、測定方法の違いによるものです。

この為、この新システム導入に併せて個人通知・連名簿・再検名簿等の表記方法・用紙等の変更、現在の特定健診・各医学会の指針をふまえ、検査基準値、判定基準値を見直し変更をさせていただきます。

主な変更内容は、異常値とはいえないが注意・生活習慣改善の必要性をお知らせしたい数値を「日常生活支障なし」または「軽度異常」と設定し、注意を喚起できるように致しましたので、新しい判定基準では要経過観察からが有所見として算定されます。

それに伴い各判定区分の判定値の設定変更も致しました。

基準値もそれに併せて変更しましたので従来よりも厳しい数値設定になりますが、特定健診、糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告(2010年7月)、日本動脈硬化学会ガイドライン、ドック学会等の数値をふまえ、より健康の保持増進に資するものとなる様に考え設定致しましたので、何卒ご了承賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

これからも皆様のご期待に沿いますよう、職員一同全力を挙げて努める所存でございますので、今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしく願い申し上げます。

謹白

平成23年1月吉日

財団法人 東海検診センター

一般健康診断等のご案内

事業主殿

(財)東海検診センター
〒410-0003 沼津市新沢田町8番7号
TEL 055-922-1157
健康診断申込専用ダイヤル
TEL 055-922-1159
FAX 055-922-0400

平成23年度の法定一般定期健康診断及び特殊健康診断等のご案内をいたします。
貴事業所におかれましては、既に健康診断の実施についてご検討されておられることと思いますが、
下記要領にて巡回健診を実施いたしますので、この機会にご委託願ひ実施されますようお願い致します。

記

	法 定 検 査 項 目	検 査 料 金
一般定期健康診断 <small>安全衛生規則第44条により年1回の健康診断が義務づけられています。</small>	既往歴及び業務歴の検査、自覚症状の検査 身長・体重・腹囲・視力及び聴力（オーディオメーター） 胸部X線間接撮影・血圧測定・尿検査（糖・蛋白） 心電図検査・貧血検査（R・Hb） 肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP） 血中脂質検査（HDL-C・TG・LDL-C） 血糖検査（血糖又はHbA1c）	¥7,140 【税込み】
特殊健康診断	対象物質あるいは作業内容によって異なります	お問い合わせください
作業環境測定	労働安全衛生法第65条による測定	測定内容にて異なります

※ 個人の理由で実施されない一部の検査項目につきましては料金の減額は致しませんのでご了承ください。
ご不明な点につきましてはお問い合わせください。

1. 巡回期間 平成23年4月上旬から平成24年3月下旬の予定です。
2. 料金の支払 検診料金は原則当日払いをお願いいたします。尚、当日お支払いいただけない場合には受付にお申し出ください。（振込の際、振込手数料は事業所様負担にてお願い致します。）
3. 巡回日程 朝一番等、ご依頼の多い時間帯、時間指定及び曜日指定がある事業所様につきましては、ご要望に添えない場合がありますので、ご相談させていただきます。
又、近年セキュリティや、個人情報の関係等で、未受診者様を近隣の事業所にお呼びしでの合同受診が難しくなってきましたので、できるかぎり予定実施日に受診されますようにご協力お願い申し上げます。
4. 実施通知 健康診断の実施日のお知らせにつきましては、予定日時の2～3週間ほど前に封書にてご連絡いたします。どうしてもご都合悪い場合は、早急にご一報ください。
5. 申込み方法 別紙の申込書に必要事項を御記入の上、(財)東海検診センターに
郵送又はFAXにて送付願ひます。 FAX番号 055-922-0400

6. 申込み締切日

平成23年2月28日

7. 受診者名簿 別紙の「受診者名簿送付方法のお願い」をご参照願ひます。
8. 診療所検診 一般検診は、月・水・金曜日のご予約となります。（祭日除く）
申し込みは検診希望日のできるだけ一ヶ月前迄にお願い致します。

※ できましたら巡回実施計画の作成上、申込みは期日までをお願い致します。

尚、平成23年度より浜松支部の巡回日程につきましては本部で一括して行うことになりましたので、
申し込み及び連絡等は、沼津（本部）にご連絡下さいます様をお願い致します。

申込みは年度内の一括申込みとなりますので、年2回実施される事業所につきましては2回分の申込みをお願いします。尚、有機溶剤、特定化学物質、特定業務従事者検診等は、年2回の健康診断が義務づけられています。

健康診断申込書

平成 年 月 日

(財) 東海検診センター 行

事業所名 _____

〒 _____

住 所 _____

TEL ()

所属 ()

FAX ()

氏名 ()

健康診断担当者

請求送付先 _____

結果送付先 _____

健 診 種 類	予 定 人 数	健 診 種 類	予 定 人 数	健 診 種 類	予 定 人 数
定期健康診断	人	電離放射線	人	赤・紫外線	人
	人	鉛	人	騒音障害(聴力)	人
協会管掌健診(※1)	人	引金工具	人	有機溶剤(溶剤名)※2	人
特定業務者検診	人	振動業務	人	()	人
じん肺	人	VDT	人	特定化学物質(物質名)※2	人
石綿	人	腰痛	人	()	人
上記以外の特殊検査 業務名()	人	健康測定 THP等	人	作業環境測定を希望される 場合は○印を記入願います	人
健診希望時期 1. 春期 2. 秋期 3. どうしても実施できない曜日・時間帯 ()					
各種検査のできる部屋の有無		できましたら2部屋 有 ・ 無			
健診会場住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)					
受診者名簿の希望媒体		1. FD 2. CD-R 3. メール			
メールを選択された場合は下記にアドレスを記入して下さい。					

注1・受診者予定名簿は健診希望月の一ヶ月前迄に送付下さいます様ご協力の程お願い申し上げます。

注2 協会管掌健診をご希望の事業所につきましては、別途全国健康保険協会への申し込みが必要です。全国健康保険協会より弊センターまでの受付処理に約1ヶ月程度かかりますので、余裕を持ってお申込をして頂く様、お願い致します。

注3 有機溶剤と特定化学物質については物質によって検査項目が異なりますので、必ず受診者名簿(取扱対象者)に取扱物質名をご記入してください。

◆ ご希望日時等を記載された事業所様につきましては、予約状況等によりご希望にそえない場合もございますのでご了承下さいます様、お願い致します。

受診者名簿

受診者予定名簿は健診希望月の一ヶ月前迄に送付下さいます様ご協力の程お願い申し上げます。

【個人情報保護法について】

ご送付頂いた個人情報につきましては、検診終了後、当センター規程に基づいて適切に処理致します。

【送付方法】

- ・下記ご記入の上FAXにて・・・・FAX 055-922-0400 企画課宛
 - ・FDにて当社へ送付・・・・EXCELにて作成願います。送付頂いたFDは検診終了後、返送致します。
 - ・メールにて・・・・EXCELにて作成添付願います。kikaku7@tokai-mec.or.jp 企画課宛
- ★ 受診者が多数おられる事業所につきましてはFD又はメールにて頂けますよう、ご協力願います。

会社名	ご担当者名		
ご住所	〒	TEL ()	FAX ()
ご請求送付先			
結果送付先			

【受診者名簿】 関連会社が受診する場合も名簿作成願います。

保険証記号

健康保険組合扱いで実施する場合は、健康保険番号・記号(10桁以内)もご記入願います。※
 特殊検診希望・受診者により検診場所異なる場合等ございましたら備考にご記入願います。

No.	※保険証番号	漢字氏名	フリガナ	性別	生年月日	備考
1				男・女	T・S・H	
2				男・女	T・S・H	
3				男・女	T・S・H	
4				男・女	T・S・H	
5				男・女	T・S・H	
6				男・女	T・S・H	
7				男・女	T・S・H	
8				男・女	T・S・H	
9				男・女	T・S・H	
10				男・女	T・S・H	
11				男・女	T・S・H	
12				男・女	T・S・H	
13				男・女	T・S・H	
14				男・女	T・S・H	
15				男・女	T・S・H	
16				男・女	T・S・H	
17				男・女	T・S・H	
18				男・女	T・S・H	
19				男・女	T・S・H	
20				男・女	T・S・H	

記入欄が足りない様でしたらコピー願います。