

各事業所 様

〒410-0003  
沼津市新沢田町8番7号  
一般財団法人東海検診センター

## 健康診断等のご案内

貴社ますますのご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
平成30年度の法定一般定期健康診断並びに特殊健康診断等のご案内を申し上げます。ご検討ください。

## 記

1. 巡回期間 平成30年4月上旬から平成31年3月下旬の予定です。
  2. 健診項目
    - ・平成29年8月4日に厚生労働省が基発0804第4号で通達した改正省令等に基づき検査項目を追加致しました。追加項目は、**血中脂質検査（総コレステロール、Non-HDLコレステロール）、血糖検査（血糖）、腎機能検査（クレアチニン、eGFR）**です。
    - ・省略健診については、一律な省略ではなく、医師が個々の労働者ごとに省略が可能であると認める場合のみ可能であるとする留意の通達がありましたので、法定健診の実施をお願い致します。
  3. 健診料金
    - ・平成30年度健診料金は据え置きとさせていただきます。別紙添付している基本料金表をご確認ください。
    - ・今般、巡回希望事業所多数の為、**30名以下の事業所の巡回健診が難しくなりました。**貴事業所の検診方法につきましてはご相談ください。
    - ・健診は**セット料金**で実施させていただきます。  
個人の理由で実施されない検査項目につきましては、料金の**減額は致しかねます**のでご了承ください。
    - ・**特殊検診の単独受注は致しかねます。**必ず法定健診も受診してください。
  4. 協会けんぽ (全国健康保険協会) の取り扱い
    - ・協会けんぽを使用して健康診断を実施される事業所は、協会けんぽへの申請が必要となります。  
(4月受診以外は受診日の3週間前までに協会けんぽの書類受理が必須です。  
申請されて無い場合、全額事業所負担になりますのでご注意ください。)
    - ・協会けんぽの**特定健診項目に未実施がある場合は、対象者であっても全額事業所負担**となります。
    - ・協会けんぽを使用される場合は、**申込み書送付の際、事前に当方にも必ずお知らせください。**
  5. 巡回日程
    - ・曜日指定及び時間指定につきましては、ご要望に添えない場合があります。
    - ・巡回当日、受診できずに診療所で受診される方は**診療所料金**に変更となります。
    - ・巡回健診を直前でキャンセルした場合、キャンセル料が発生する場合がございます。
  6. 実施通知
    - ・健康診断の実施日のお知らせにつきましては、予定日の2～3週間ほど前に送付致します。
  7. 申込み方法
    - ・別紙の申込み書に必要事項をご記入の上、郵送又はFAXにて送付願います。  
(受診者名簿につきましては、健診日が決定した後ご連絡致します。)
- 【本 部】 〒410-0003 沼津市新沢田町8番7号 TEL:055-922-1159 FAX:055-922-0400  
【浜松支部】 〒435-0028 浜松市南区飯田町463-1 TEL:053-465-5773 FAX:053-465-5826
8. 申込み締切日

4月～8月分 平成30年2月28日  
9月分以降 ご希望月の3ヶ月前

 ※巡回実施計画の作成上お申込みは期日までにお願致します。
  9. 診療所健診
    - ・一般健診は、月・火・水・金曜日の予約制です。（祝祭日、年末年始等弊社休日は除く）
    - ・申し込みは**健診希望日**のできるだけ一ヶ月程前までにお電話でお願いします。

一般財団法人東海検診センター基本料金表(平成30年4月1日～)

平成30年1月12日作成

項目	内容	巡回健診口				診療所健診		
		法定健診		生活習慣病健診		法定健診	生活習慣病健診	
		デジタル撮影	間接撮影	デジタル撮影	間接撮影	デジタル撮影	デジタル撮影	
1	診察	●	●	●	●	●	●	
2	身長	●	●	●	●	●	●	
3	体重	●	●	●	●	●	●	
4	腹囲	●	●	●	●	●	●	
5	視力	●	●	●	●	●	●	
6	血圧	●	●	●	●	●	●	
7	胸部X線	デジタル		●		●	●	
		間接		●		●		
8	尿検査	糖・蛋白	●	●	●	●	●	
		潜血			○	○		○
9	聴力	●	●	●	●	●	●	
10	心電図	●	●	●	●	●	●	
11	血液一般	血色素量	●	●	●	●	●	●
		赤血球数	●	●	●	●	●	●
		ヘマトクリット			○	○		○
		血小板数			○	○		○
		白血球数			○	○		○
12	肝機能	GOT	●	●	●	●	●	●
		GPT	●	●	●	●	●	●
		γ-GTP	●	●	●	●	●	●
		ALP			○	○		○
		総蛋白			○	○		○
		アルブミン			○	○		○
		A/G比			○	○		○
13	血中脂質	HDLコレステロール	●	●	●	●	●	●
		LDLコレステロール	●	●	●	●	●	●
		Non-HDLコレステロール	● *	● *	● *	● *	● *	● *
		中性脂肪	●	●	●	●	●	●
		総コレステロール	● *	● *	● *	● *	● *	● *
14	腎機能	尿素窒素			○	○		○
		クレアチニン	● *	● *	● *	● *	● *	● *
		eGFR	● *	● *	● *	● *	● *	● *
		尿酸			○	○		○
15	糖代謝	血糖	● *	● *	● *	● *	● *	● *
		HbA1c	○	○	○	○	○	○
標準料金(税抜き)		10,700円	9,400円	11,800円	10,500円	10,700円	11,800円	

注1) ●記は法定健康診断項目です。○印は追加検査項目です。

注2) \*記は平成29年8月4日に厚生労働省が基発0804第4号で通達した改正省令等に基づき追加になった法定検査項目です。

備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>基本料金表は健康保険組合の補助を使用しない場合の料金表です。(健保支払は健保契約に従う)</li> <li>法定健診・生活習慣病健診はセット料金の実施の為、受診者都合の項目省略の減額は致しません。</li> <li>特殊検診の単独受注はお引き受け致しません。(全国労働衛生連合会の指導により)必ず法定健診も受診してください。</li> <li>特殊検診の個人票は経年的に医師が確認している為、必ず持参してください。忘れた場合、受診できません。</li> <li>健診の曜日指定及び時間指定につきましては、ご要望に添えない場合がありますので、ご了承ください。</li> <li>健診の際は空腹でお越しください(少なくとも食後6時間は空ける)</li> <li>原発作業・除染作業の電離放射線等の健診は出来ません。(専門医は不在です。)</li> <li>検査結果の送付は1ヶ月程かかりますので、ご了承ください。</li> <li>感染症(インフルエンザ、マイコプラズマ等)で通院中の方は院内感染を防ぐ為、診療所での受診をお断りする場合があります。</li> </ul>

※ 振込手数料は貴社にてご負担下さいませお願いいたします。

オプション健診	
項目	料金(税抜き)
色覚	500円
体脂肪率	200円
骨密度	2,800円
眼圧	1,000円
眼底(両眼)	1,700円
ピロリ菌	2,200円
ペプシノーゲン	3,000円
HCV抗体	2,600円
梅毒	2,900円
STS	1,600円
TP抗体	1,800円
HBs抗原	2,300円
HBs抗体	2,300円
胸部X線(デジタル)	2,100円
肺機能検査	2,900円
子宮がん(医師)	3,400円
腹部超音波	5,300円
マンモグラフィー	6,300円
乳腺エコー	3,500円
乳房視触診	2,000円
胃部X線(間接)	4,000円
胃部X線(デジタル)	12,000円
便潜血(2日)	1,400円
便培養	4,400円
便虫卵	800円
喀痰細胞診	3,400円
PSA	2,800円
CA125	3,000円
SCC抗原	2,600円
AFP	2,800円
CEA	2,600円
CA19-9	2,800円
HbA1c	500円
尿スピッツ	50円
血液型	1,900円
再発行料	1,500円
診断書料	3,000円
紹介状	1,500円

特殊検診(法定健診・生活習慣病健診を要受診)	
------------------------	--

有機溶剤	料金(税抜き)
診察	3,000円
代謝物	3,000円
肝機能	2,100円
貧血	1,700円
眼底	1,700円

騒音	料金(税抜き)
基本	2,400円
両耳6点	5,900円

特定化学物質	料金(税抜き)
診察	3,000円
尿糖	300円
尿沈渣	700円
血圧	200円
握力	200円
貧血	1,700円
生化学	2,100円
胸部X線	2,100円
肺機能	2,900円

項目	料金(税抜き)
鉛	9,000円
じん肺	5,100円
石綿	5,100円
アルキル鉛	5,000円
赤紫外線	3,000円
引金	5,000円
振動	8,500円
振動二次	10,000円
腰痛	2,500円
エチルベンゼン	6,000円

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。

## 巡回健康診断申込書

(一財) 東海検診センター 行

平成 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

健康診断担当者

住 所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) 所属 ( )

FAX ( ) 氏名 ( 印 )

請求送付先 名称 \_\_\_\_\_  
(上記と異なる場合) 住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

結果送付先 名称 \_\_\_\_\_  
(上記と異なる場合) 住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

健 診 種 類	予 定 人 数	備 考 欄
法定健診	人	
生活習慣病健診	人	
協会管掌健診(※1)	人	
特殊検診(※2)	項目・溶剤・人数等記入欄	
オプション健診		
健診希望時期	月 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)		
受診者名簿の媒体	1. メール 2. FAX 3. その他 ( )	
メールアドレス		

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せ様ご協力の程お願い申し上げます。

- ※1 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。
- ※2 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。尚、**特殊検診の単独受注は致しません。必ず法定健診も受診してください。**
- ◆ 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せ様、お願い致します。
- 診療所の申し込みは健診希望日のできるだけ一ヶ月前までにお電話でお願いします。  
一般健診は、月・火・水・金曜日の予約制です。(祝祭日、年末年始等弊社休日は除く)