

《健康診断のご案内》

皆様におかれましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

当組合で毎年実施しております、組合員様及びそのご家族様(健康保険に加入されている家族)の健康診断につきまして、ご案内申し上げます。

今回も函館五稜郭病院にて実施致します。対象年齢は16歳以上となっております。

下記内容をご検討の上、お申し込みください。なお、今年度は年3回の実施を予定しております。

4月に受診できない方は、次回以降の受診をご検討ください。

◆次回の健康診断日程 : 2回目: 7月21日、3回目: 10月6日 定員250名まで

◆ 健康診断日時 : 2019年4月7日(日) ・午前8:00～開始 ・午後1:00～開始

※当日の健診時間は予約制とさせていただきますので、申し込みの後ご連絡いたします。

健診所要時間は、およそ1時間～2時間で終了予定です。

◆ 会 場 : 函館五稜郭病院 函館市五稜郭町38番3号 TEL:51-2295

◆ 検 査 項 目 : 裏面検査項目参照

◆ 健康診断コース別料金

・Aコース(¥11,000)個人負担なし ・Bコース(¥13,500)個人負担¥2,500

・Cコース(¥15,500)個人負担¥4,500 ・Dコース(¥15,500)個人負担¥4,500

※Cコース、Dコースはオプション項目に違いがありますので、裏面検査項目をご確認ください。

◆ 受付方法

健康診断当日、健康診断料(個人負担金)と事前に送付する問診票・尿(事前採取)、

B・C・Dコースの方は採取した便容器をご持参ください。

◆ 健康診断申込方法

別紙「申込書」にて、必要事項ご記入の上、下記へ郵送、FAX又は窓口にてお申し込みください。

なお、当日の受付時間は追ってお知らせいたします。

建設連合国保組合函館支部 担当者: 富原・笹森

〒040-0032 函館市新川町21番5号

TEL:0138-26-3861 FAX:0138-23-5411

◆ 申込締切日 : 3月11日(月)

※受診票と注意事項につきましては、直接組合員様へ送付致します。

診断結果は、受診後2～3週間を目処に送付致します。

※4月5日迄のキャンセルは建設国保函館支部へ、それ以降、都合がつかなくなった場合は

函館五稜郭病院 健康管理センターまでご連絡ください。

★先着600名様で締め切ります。600名を超えた場合、次回以降に再度お申し込みください。

※ なお、健診の結果、保健指導が必要と指示された方は、必ず保健指導をお受け下さい。

2019 年度健康診断検査項目・料金一覧

健康診断項目		検査の説明	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース
問診(既往歴・自覚症状等)		薬の使用の有無、現病歴、治療歴等を調べます	●	●	●	●
身体計測(身長・体重・腹囲)・肥満度		内臓脂肪型肥満の疑いの有無を調べます	●	●	●	●
医師による診察		聴打診・視診、既往歴、自覚・他覚症状の有無を調べます	●	●	●	●
尿検査 (蛋白・糖・潜血)		腎臓や尿路の異常を調べます	●	●	●	●
視力検査		視力の低下(近視・乱視等)を調べます	●	●	●	●
血圧測定		循環器(心臓・血管)の異常の他、腎臓・内分泌代謝系の異常を知る手がかりになります	●	●	●	●
聴力検査(オーディオによる1000Hz・4000Hz)		聴力の低下(難聴等)を調べます	●	●	●	●
胸部X線撮影(直接)		肺や心臓、大動脈の異常を調べます	●	●	●	●
心電図検査		心臓の機能や不整脈等を調べます	●	●	●	●
眼底検査(両眼)		眼疾患(白内障・緑内障等)を調べます	●	●	●	●
貧血検査	赤血球数	低値の場合貧血等、高値の場合多血症等が考えられます	●	●	●	●
	白血球数	低値の場合ウイルス感染等、高い場合細菌感染や炎症の存在が疑われます	●	●	●	●
	血色素量(ヘモグロビン)	低値の場合貧血症等、高い場合多血症等が疑われます	●	●	●	●
	ヘマトクリット	低値の場合貧血症等、高い場合多血症や脱水等が疑われます	●	●	●	●
肝機能検査	AST (GOT)	高値の場合、肝障害、心筋梗塞等が疑われます	●	●	●	●
	ALT (GPT)	高値の場合、肝障害、胆道系の病気が疑われます	●	●	●	●
	γ-GT (γ-GTP)	高値の場合、アルコール性肝障害等が疑われます	●	●	●	●
	総ビリルビン	高値の場合、肝疾患、胆のう疾患による黄疸が疑われます	●	●	●	●
	ALP	高値の場合、胆汁の排泄に障害がある疑いがあります	●	●	●	●
	LDH	高値の場合、肝臓、心筋、骨格筋の病気が疑われます	●	●	●	●
血中脂質検査	中性脂肪	高値の場合、糖尿病、肥満症が疑われます	●	●	●	●
	HDL-コレステロール	低値の場合、脂質代謝異常、動脈硬化が疑われます	●	●	●	●
	LDL-コレステロール	高値の場合、動脈硬化を促進させます。	●	●	●	●
糖尿病検査	血糖	高値の場合、糖尿病、すい臓がん、ホルモン異常が疑われます	●	●	●	●
	HbA1c	過去1~2ヶ月間の血糖の平均値が分かります	●	●	●	●
膵機能検査	血清アミラーゼ	高値の場合、膵臓疾患、唾液腺感染が疑われます	●	●	●	●
腎機能検査	尿酸	高値の場合、痛風、腎障害が疑われます	●	●	●	●
	クレアチニン	高値の場合、腎機能障害が疑われます	●	●	●	●
大腸がん検査	便潜血	陽性の場合は大腸ポリープ、大腸がん、痔等が疑われます		○	○	○
胃部血液検査	ペプシノーゲン	胃粘膜の萎縮性変化を調べる検査です		○	○	○
腫瘍マーカー	PSA(男性のみ)(前立腺)	前立腺がん、前立腺肥大症等で上昇します		○	○	○
	CA125(女性のみ)(主に卵巣)	主に卵巣がんで上昇することがあります		○	○	○
	CEA (主に大腸・胃・肺)	主に大腸がん、肺がん等で上昇しますが、タバコを多く吸う人でも上昇する事があります			○	
	AFP (主に肝臓)	肝炎や肝硬変、特に肝がん等で上昇します			○	
B型肝炎検査	HBs抗原	B型肝炎ウイルスに感染していないかを調べます 陽性の場合、現在B型肝炎ウイルスが体内にいる事を意味します				○
C型肝炎検査	HCV抗体	C型肝炎ウイルスへの感染を調べる検査です 陽性の場合、現在感染しているか過去に感染した事を示します				○
健診料(個人負担)			¥0	¥2,500	¥4,500	¥4,500

○はオプション検診として個人負担となる検査項目です

健康診断申込書

(必要事項をご記入の上FAXにてご送付願います)

※ 申し込み締切日 : 3月11日

受診者名簿

※オプション希望の方は□にシ点を付けてください
別途 7,000円 かかります

被保険者No.	氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	ご希望の健診コース ○で囲んでください	オプション希望
21	フリガナ	男女	S H		組合員 家族	A・B C・D	<input type="checkbox"/> 胸CT
住所		〒 電話 () -					
21	フリガナ	男女	S H		組合員 家族	A・B C・D	<input type="checkbox"/> 胸CT
住所		〒 電話 () -					
21	フリガナ	男女	S H		組合員 家族	A・B C・D	<input type="checkbox"/> 胸CT
住所		〒 電話 () -					
21	フリガナ	男女	S H		組合員 家族	A・B C・D	<input type="checkbox"/> 胸CT
住所		〒 電話 () -					

【申込先】 建設連合国民健康保険組合 函館支部

函館市新川町21番5号

※住所・フリガナ等 記入漏れがないようご注意ください

TEL:0138-26-3861 FAX:0138-23-5411