

# 小牧商工会議所 平成30年度 定期健康診断・有機溶剤健康診断

## ●日程・会場

| 期日        | 受付時間       |             | 会場            |
|-----------|------------|-------------|---------------|
|           | 午前         | 午後          |               |
| 10月3日(水)  | 9:00~11:30 | 13:30~15:30 | 小牧商工会議所会館     |
| 10月4日(木)  | 9:00~11:30 | 13:30~15:30 | 小牧商工会議所会館     |
| 10月11日(木) | 9:30~11:30 | 13:30~15:30 | 西部コミュニティーセンター |
| 10月12日(金) | 9:30~11:30 | 13:30~15:30 | 北里市民センター      |
| 10月16日(火) | 9:30~11:30 | 13:30~15:30 | 東部市民センター      |
| 10月17日(水) | 9:30~11:30 | 13:30~15:30 | 味噌市民センター      |
| 10月18日(木) | 9:30~11:30 | 13:30~15:30 | 味噌市民センター      |
| 10月22日(月) | 9:00~11:30 | 13:30~15:30 | 小牧商工会議所会館     |
| 10月23日(火) | 9:00~11:30 | 13:30~15:30 | 小牧商工会議所会館     |
| 10月24日(水) | 9:00~11:30 | 13:30~15:30 | 小牧商工会議所会館     |

※ 胃部レントゲン検査は、朝食抜きで検査するため、午前のみ実施します。

※ 小牧商工会議所会館以外の会場は9:30受付開始です。

## ●申し込み方法

申込書に必要事項を記入の上、受診料（小切手可）を添えて、受付窓口（当商工会議所2階事務所設置）へお申し込みください。

## ●申込期間 7月12日（木） ～7月19日（木）

各日9:00～12:00、13:00～16:00

\*土、日、祝日は除く



### ご注意！

- ・日時の予約を先着順で行うため、申込受付初日は大変混み合います。特に日時の指定が必要ない方は、2日目以降のご来所をお勧めします。
- ・電話、ファクシミリ、eメールでの申し込みは、受付できません。  
(申し込み方法が平成27年度より変わりました。事前に受診者名簿が必要になります。)
- ・30分刻みで予約時間を設定します。予約時間は、ご希望に添えないこともあります。
- ・胃部レントゲンを受診されない方は、午後の方が混雑しませんので午後の受診をお勧めします。
- ・申込後、電話での変更のお問い合わせは、8月1日（水）以後にお願いします。
- ・申込後、キャンセル・変更・追加の期限は、9月5日（水）までです。
- ・商工会議所の会員でない事業所（市外の出先、関連会社、下請、取引先）の受診はご遠慮ください。

## ●検診機関 一般財団法人公衆保健協会

## ●受診結果

受診後1カ月をめどに検診機関から郵送または持参にて、事業所保管用受診者一覧、個人別受診結果をお届けします。但し、緊急を要する異常については速やかにお知らせします。

一日あたり50名以上の受診者が見込まれる事業所の方へ

人数がまとまれば、9月から日程調整の上、貴事業所を会場として検診を行うこともできます。  
小牧商工会議所企画運営課二課までご相談ください。

●受付方法から検査キットについて

- ①例年ご提出いただいております申込書と併せて、「**受診者名簿**」のご提出をお願いいたします。  
記入方法等の詳細は裏面の「平成30年度定期健康診断・有機溶剤健康診断受診者名簿」及び、記入例をご確認ください。
- ②検査キット（問診票・検尿スポイト等の受渡しについて）  
ご提出していただいた受診者名簿を基に、「企業名」「受診者名」等を印字した受診票及び検査キットを、**9月27日（木）**までに郵送します。

●定期健康診断

| 区分      | 年齢・対象等        | 項目名   | 受診料（税込）      |                    |                           |
|---------|---------------|---|--------------|--------------------|---------------------------|
|         |               |   | ①一般事業所       | ②つつじ共済又は福祉プラン加入事業所 | ③労働保険事務組合加入・建設一人親方組合加入事業所 |
| 一般検診A   | 34歳以下と36歳～39歳 | 胸部レントゲン直接撮影、血圧、身長、体重、視力、尿検査（蛋白、糖、潜血、加ビリゲン）        | 1名<br>1,540円 | 1名<br>1,040円       | 1名<br>840円                |
| 一般検診B   | 35歳と40歳以上     | 一般検診Aの項目に加え、胸囲、聴力検査、心電図検査、血液検査（貧血、肝機能、血中脂質、HbA1C） | 1名<br>5,960円 | 1名<br>4,760円       | 1名<br>4,560円              |
| 胃部レントゲン | 希望者           | 胃がん、胃潰瘍、胃炎等異常有無                                   | 1名<br>3,700円 | 1名<br>3,300円       | 1名<br>3,100円              |

- \* 年齢的に「一般検診A」該当者が「一般検診B」を受診しても問題ありません。
- \* 「胸部レントゲン直接撮影」は、結核検査が目的であり、がん検査が目的ではありません。
- \* 年齢・対象欄の年齢は、労働安全衛生法で「常時50人以上の労働者を使用する事業主」に労働基準監督署へ結果報告書提出が義務づけられている年齢です。
- \* 「②つつじ共済又は福祉プラン加入事業所」と「③当所労働保険事務組合・建設一人親方組合加入事業所」の両方に該当の場合は「③当所労働保険事務組合加入事業所・建設一人親方組合加入事業所」の受診料になります。
- \* 胃部レントゲンは、労働安全衛生法で受診の義務はありません。希望する事業所のみお申し込みください。

【以下の検査はつつじ共済、労働保険事務組合等の加入による受診料割引はありません】

●有機溶剤健康診断

通常業務で有機溶剤を含んだ塗料・洗浄剤・接着剤などを使用している労働者が対象です。

| 区分（有機溶剤の種類）                             | 有機溶剤健康診断のみ   | 一般検診Aと同時受診               | 一般検診Bと同時受診 | 検診内容（有機溶剤健康診断のみの場合）  |
|---|--------------|--------------------------|------------|----------------------|
| ① キシレン、スチレン、トルエン、1・1・1-トリクロロエタン、ナルマルキサン | 1名<br>3,000円 | 1名2,800円<br>（一般検診受診料に追加） |            | 問診票による既往症・自覚症の有無、尿蛋白 |

\* 一般検診AまたはBと同時受診の場合は、重複する検診内容は省略します。

●特定化学物質健康診断

特定化学物質を製造もしくは取り扱う業務に常時従事する労働者が対象です。

| 特定化学物質健康診断 | 血液検査・診察及び問診等<br>（エチルベンゼン・TDI・コバルト・クロロホルム等） | *血液検査含む<br>（一般検診受診料に追加）  |
|------------|--|--------------------------|
|            |  | 1名2,140円<br>（一般検診受診料に追加） |

※使用されている特定化学物質により、検査項目が異なります。ご了承ください。

●じん肺検診

| じん肺検診のみ | 一般検診Aと同時受診               | 一般検診Bと同時受診 |
|---------|--------------------------|------------|
|         | 1名3,250円<br>（一般検診受診料に追加） |            |

## ●その他のオプション検査項目及び受診料

| オプション項目   | 検査内容  | 検査項目  | 受診料 (税込み)    |
|---|---|---|--------------|
| <b>男性用がん検査</b><br>※CEA・AFP・CA19-9・PSA<br><br><b>女性用がん検査</b><br>※CEA・AFP・CA19-9・CA125<br><br>(腫瘍マーカーセット) | 体内にがんができると、健康なときにはほとんどみられない特殊な蛋白や酵素、ホルモンなどが、 <b>血液</b> や尿中に異常に増えます。この特殊な物質が腫瘍マーカーです。腫瘍マーカーはがん発見のためのスクリーニング（ふるいわけ）検査として活用されています。また腫瘍マーカーが異常値を示してもがんとは限りません。良性的腫瘍やその他の病気でも異常値を示す場合があります。<br>*男性用がん検査 (腫瘍マーカーセット) の中には <b>前立腺がん検査</b> は含まれています。  | 肝臓 (AFP) ・ 膵臓 (CA19-9)<br>肺・肺 (CEA)<br><br>* 前立腺 (PSA) 又は卵巣 (CA125) | 1名<br>5,500円 |
| <b>前立腺がん検査</b>  | 採血検査により前立腺がん・前立腺肥大症や前立腺炎などの早期発見に役立ちます。採血検査  | 前立腺 (PSA)   | 1名<br>3,500円 |
| <b>ピロリ菌・ペプシノーゲン検査 (ABC検診)</b>   | 血液中に含まれるペプシノーゲンというたんぱく質を調べ、胃の萎縮の度合いを検査する方法です。胃の萎縮は胃がんの発生の危険率が高いため、ペプシノーゲン検査は胃がんのスクリーニング検査として用いられます。しかし、ペプシノーゲン検査はあくまでも胃の萎縮を調べるものであり、胃がんの直接的マーカーではありません。したがって、この検査が陰性でも必ずしも胃がんではないといえません。<br>胃潰瘍や十二指腸潰瘍の90%以上でピロリ菌が陽性を占めているといわれ、胃がんにも大きく関係していると考えられています。ただしピロリ菌が陽性でも潰瘍にならない人、陰性でも潰瘍になる人もあり、ピロリ菌だけが胃・十二指腸潰瘍の原因とはいえません。胃・十二指腸潰瘍を繰り返して再発する人が、陽性と出ればピロリ菌の関与が濃厚になります。また併せてペプシノーゲン検査を行うと、慢性胃炎や萎縮性胃炎の進行が判別できます。 | 慢性胃炎、萎縮性胃炎<br>胃潰瘍、十二指腸潰瘍  | 1名<br>2,500円 |
| <b>大腸がん検査 (2日法)</b>   | 大腸の中に潰瘍やポリープ、がんができていると出血がみつかることがあります。体外に排出された便の中に血液の反応があるかどうかを調べ、身体の中の出血がないかどうかを確かめる検査です。もちろん、出血があったからといってがんだというわけではありませんが、身体のどこでどんな理由で出血が起きているかを調べるため、精密検査への足がかりとなります。   | 便潜血反応検査 (2日法) ご家庭で便を2日分採取し、受付に提出してください。                             | 1名<br>1,350円 |
| <b>子宮がん検査 (自己採取方式)</b>  | 初期の子宮頸がんは無症状のため、婦人科専門医の定期検診を受けることが必要です。しかし、事情によりこのような検診を受けにくい女性も多いため自己採取をご案内しております。早期発見により、治療可能なので、早めの検査が大切です。  | 専用器具を使ってご自分で検査し、受付に提出してください。  | 1名<br>4,000円 |

## ●お問い合わせ

### 【申込みに関するお問い合わせ先】

小牧商工会議所 企画運営二課 小牧市小牧五丁目 253 番地 TEL (0568) 72-1111

### 【受診票及び健診結果に関するお問い合わせ先】

一般財団法人公衆保健協会 名古屋市中村区黄金通 2 丁目 45 番地 2 TEL (052) 481-2161

平成 30 年度定期健康診断・有機溶剤健康診断受診者名簿（記入例）

|         |                                 |       |              |
|---------|---------------------------------|-------|--------------|
| 会 社 名   | 株式会社シー・シー・アイ                    |       |              |
| 住 所     | 〒485-0041<br>愛知県小牧市小牧五丁目 253 番地 |       |              |
| T E L   | 0568-72-1111                    | F A X | 0568-76-2581 |
| 担 当 者 名 | 小牧 太郎                           | 顧客コード |              |

|      | (フリガナ)<br>受診者氏名  | 生年月日<br>(西暦で記入)       | 性 別 | 一 般<br>健 診<br>A | 一 般<br>健 診<br>B | 胃<br>部<br>レ<br>ン<br>ト<br>ゲ<br>ン | オプション検査（希望に○印）          |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
|------|--|-----------------------|-----|-----------------|-----------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|-------------|------------------|---|
|      |  |                       |     |                 |                 |                                 | がん検査<br>(腫瘍マーカー<br>一検査) | 前<br>立<br>腺<br>がん | ピロリ菌・<br>ペプシノー<br>ゲン検査<br>(ABC検診) | 大<br>腸<br>が<br>ん | 子<br>宮<br>が<br>ん | じ<br>ん<br>肺 | 有<br>機<br>溶<br>剤 |   |
| 1    | コマキ タロウ<br>小牧 太郎   | 西暦 1959 年<br>2 月 22 日 | 男   |                 | ○               |                                 |                         |                   | ○                                 |                  |                  |             |                  |   |
| 2    | コマキ ハナコ<br>小牧 花子   | 西暦 1959 年<br>2 月 22 日 | 女   |                 | ○               |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  | ○           |                  |   |
| 3    |  | 西暦 年<br>月 日           |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 4    | <p>※黒の太枠内に必要事項をご記入の上、検査したい項目に「○」を付けてください。</p> <p>また、有機溶剤健診を受診いただく会員様は、備考欄に溶剤名の記載をお願い致します。(実際の申込書には備考欄が右端に追加されております。)</p> |                       |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 7    |  | 西暦 年<br>月 日           |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 8    |  | 西暦 年<br>月 日           |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 9    |  | 西暦 年<br>月 日           |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 10   |  | 西暦 年<br>月 日           |     |                 |                 |                                 |                         |                   |                                   |                  |                  |             |                  |   |
| 申込人数 |  |                       |     | 2               |                 |                                 |                         |                   | 1                                 |                  |                  | 1           |                  |   |
|      |  |                       |     | 名               | 名               | 名                               | 名                       | 名                 | 名                                 | 名                | 名                | 名           | 名                | 名 |

こちらの受診者人数についても記載をお願い致します。

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用ください。  
 ※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。