

健康状態の確認を行ってみましょう！ 生活習慣病健診のご案内

経営者をはじめその家族、従業員の方々を対象に生活習慣病・メタボリック症候群の早期発見を目的とした健診を実施致します。生活習慣病は本人に自覚症状がなく長い年月をかけて徐々に進行するので、気がついたときは手遅れということもあります。ぜひご利用下さい。

ふれあい共済加入者は検査料が割引になる特典もあります。



検 査 日 時	令和8年11月20日(金) 9:00~11:00 受付			
受 付 時 間	①	9:00~10:00	②	10:00~11:00
検 査 会 場	中津川商工会議所 ホール			
健 診 料	会員(含家族、従業員) 1人 17,600 円 (税込) ふれあい共済加入者 1人 16,300 円 (税込) <u>【胃検査について】</u> バリウムが体に合わない方は胃検査を外すことができます。 胃検査無しの場合は健診料より下記の金額が引かれます。 ふれあい共済加入者 3,400 円 (税込) 未加入者 4,400 円 (税込) ※胃健診を希望されない方は健診当日、受付にお伝えください。			
検査所要時間	1人 約45分程度 (受付から検査終了まで)			
申込・支払方法	<u>【用紙にて申込の場合】</u> 裏面申込書に必要事項を記入の上、商工会議所へ持参またはFAXにて申込んでください。 <u>【申込フォームにて申込の場合】</u> 裏面申込書にあるQRコードを読み取り必要項目を入力し申込んでください。 ※ホームページからの申込も可能です。 ※定員に達した場合、切前に受付を終了する場合があります。 ・ <u>実施後にききょうの丘健診プラザより請求書が発送されますので届き次第、</u> <u>【ききょうの丘健診プラザ】へお支払いをお願いいたします。</u> ※当所では請求書の発行、健診料の受領はできません。			
申 込 締 切	令和8年10月30日(金)			
その他注意事項	検査結果は検査終了後4週間以内に各受診者あてに専門医の判定による報告書を送付致します。 検査時間につきましては、ご希望に添えない場合もございます。 最低実施人数(40名)に達しない場合は中止となる場合もあります。			
問 合 せ 先	中津川商工会議所 担当：総務課 原(瑞) TEL 65-2154 FAX 65-2157			

【主 催】中津川商工会議所

【実施機関】(一財) ききょうの丘健診プラザ

検査項目と内容

すべての年齢の方が対象です

1. 問診	医師が問診票等を参考に健康状態を指導いたします。
2. 計測・腹囲測定	身長・体重・BMI と腹囲測定で内臓脂肪蓄積のリスクが判定されます。
3. 呼吸器系	胸部レントゲン撮影により、肺疾病等の検査をします。
4. 循環器系	血圧測定・心電図検査及び検尿等により、高血圧症・心臓障害等について検査します。
5. 眼底カメラ	高血圧・糖尿病等による眼底の動脈硬化及び出血等を検査します。
6. 腎機能検査	尿中蛋白・尿素窒素等により腎機能検査をします。
7. 消化器系	胃部レントゲン撮影により、胃部疾病の有無を検査します。30 歳以上の方にお勧めします。(無も選択できます)
8. 肝機能検査	総蛋白・GOT・GPT・ γ -GTP・ALP 等の諸検査を行い肝機能にかかわる診断をします。
9. 高脂血症検査	総コレステロール・中性脂肪検査により、高脂血症や動脈硬化症等を調べます。
10. 糖尿病検査	尿糖及び血糖・HbA1c 検査により、糖尿病の有無を調べます。
11. 高尿酸血症	尿酸検査により痛風の診断をします。
12. 血液検査	ヘマトクリット・ヘモグロビンの検査により脱水症、貧血症等について調べます。
13. C反応性タンパク試験	炎症性疾患・感染症・リウマチ性疾患・心筋梗塞・悪性腫瘍等の病状の推移を検査します。
14. 便潜血反応	便の中に潜む僅かな出血を検査し、大腸の疾病を早期に発見する検査です。
15. 視力・聴力	視力測定、機器を用いた聴力検査 (1,000Hz、4,000Hz)

オプション検査

～オプション検査は別途料金になります～

健康診断に追加して実施できるオプション検査をご用意しております。

右の QR コードよりオプションの内容、金額をご確認ください。

11 月上旬にききょうの丘健診プラザより問診票とオプション申込表が届きますので

ご希望の方は、オプション申込表をご記入の上、健診当日受付にご提出ください。

※事前予約が必要な項目を希望の方は事前にききょうの丘健診プラザへ連絡をお願いいたします。



申 込 書

中津川商工会議所 行

FAX 0573-65-2157

フォームでの申込はこちら ⇒



事業所名				担当者名			
所在地 〒				電話			
フリガナ 氏 名	生年月日	希望時間 (表面の①～③より選択)			性別	ふれあい 共済	
	S・H 年 月 日	第1希望		第2希望	□男 □女	□加入	
	S・H 年 月 日	第1希望		第2希望	□男 □女	□加入	
	S・H 年 月 日	第1希望		第2希望	□男 □女	□加入	
	S・H 年 月 日	第1希望		第2希望	□男 □女	□加入	
その他要望事項							

この申込用紙はコピーして事業所の控えとして保管して下さい。

※ご記入頂いた情報は、商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用いたします。

共済	受付簿