

令和2年度 宇都宮法人会 1日人間ドックのご案内

会員の皆様へ

今年度も福利厚生の一環として、「1日人間ドック」をご利用できます。

会員の皆様も日々忙しい生活を送られていると思いますが、健康な身体は充実した社会生活を送るための基本です。

この機会に「1日人間ドック」をご受診いただき、ご自分の健康状態をチェックして、明日への生活の活力にしていいただければと考えております。検査項目も充実しております。

基本コースの内容

- | | |
|--------------------------------------|---|
| (1) 身長・体重・体脂肪・腹囲 | (2) 視力・眼底・眼圧・聴力 |
| (3) 血圧・心電図 | (4) 肝機能 (AST、ALT、 γ -GTP、LDH、ALP、総ビリルビン) |
| (5) ウイルス性肝炎
(HBS抗原、HCV抗体検査) | (6) 血清蛋白
(総蛋白、アルブミン、A/G比) |
| (7) 膵機能 (血清アミラーゼ) | (8) 糖代謝 (尿糖、空腹時血糖、HbA1c) |
| (9) 脂質代謝
(TC、HDL-C、LDL-C、TG) | (10) 尿酸 |
| (11) 血液一般
(RBC、HB、HT、WBC、血液像、PLT) | (12) 腎機能 (BUN、CRE) |
| (13) 尿検査 | (14) 免疫 (梅毒2法、CRP、RF) |
| (15) 呼吸器検査 | (16) 消化管検査 |
| (17) 腹部超音波検査 | (18) 診察 |
| (19) 結果説明・指導 | |

検査機関及び検査料金(税込)

※法人会特別料金(一法人5名まで)

●基本コース	費用(税込価格)
・(公財) 栃木県保健衛生事業団 宇都宮市駒生町3337-1 (とちぎ健康の森3F) TEL 028-623-8282	39,130円
・(医) 北斗会 宇都宮東病院 健診センター 宇都宮市平出町368-8 TEL 028-683-5771	35,940円
・(医) 富士見会 ミヤ健康クリニック 宇都宮市ゆいの杜3-2-23 TEL 028-667-8181	39,393円
・(医) 中山会 宇都宮記念病院 総合健診センター 宇都宮市大通り1-3-16 TEL 028-625-7831	38,800円
・(医) 宇都宮セントラルクリニック 宇都宮市屋板町561-3 TEL 028-657-5215	39,900円

オプション検査は、各病院にてご相談ください。

人間ドックのお申込み方法

下記の間人ドック申込書に必要事項を記入いただき、きりとり線から切り取って、宇都宮法人会事務局まで郵送又はFAXでお申込みください。

- 申込み 宇都宮法人会事務局へ郵送又はFAXしてください
受付期間 令和3年3月末迄
受診期間 令和3年3月31日迄 受診者数枠 300名(定員になり次第受付を終了致します)
- 申込み先 〒320-0857 宇都宮市鶴田2-21-14 (公社)宇都宮法人会
TEL 028-648-9466 FAX 028-648-9468
- 日程調整 各受診機関より健診日程について連絡があります
受診日決定後、受診票に必要事項を記入し、健診器材とともに持参し、受付してください
- 健診結果 約10日後に各個人宛に厳封にて結果書が各受診機関より送付されます
- 請求 原則として、健診受付時に料金徴収いたします

「がん」や「認知症のリスク」が気になる方におすすめです

宇都宮法人会会員様限定コースです

1. 「がん」と「認知症リスク」を調べたい方は→→→ **がんPETドック+ホモシステイン酸測定**

全身の疾病(特にがんの有無)について調べると同時に、MCI(軽度認知障害)のリスクを調べる採血検査をプラスしました。

通常 ¥170,000 → **宇都宮法人会会員特別価格 ¥160,000 (税抜)**

ホモシステイン酸測定とは

認知症には軽度認知障害(MCI)という前段階があり、このMCIの内に適切な予防治療を行えば発症を防ぐ・遅らせることが期待できます。この検査では自覚が無い段階でもいち早くMCIの兆候を捉え、リスクを知ることができます。

2. 「がん」が気になる方は→→→ **がんPETドック**

全身の疾病(特にがんの有無)について調べます。1度に全身(頸部~大腿部)を検査することができます。

通常 ¥150,000 → **宇都宮法人会会員特別価格 ¥140,000 (税抜)**

検査機関 宇都宮セントラルクリニック 宇都宮市屋板町561-3 TEL 028-657-5215

----- きりとり線 -----

(公社) 宇都宮法人会 行 FAX 028-648-9468 「人間ドック」受診申込書

事業所名			
所在地	(〒 -)		
電話番号	-	-	ご担当者様
受診機関 希望する病院に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 栃木県保健衛生事業団 <input type="checkbox"/> ミヤ健康クリニック <input type="checkbox"/> 宇都宮セントラルクリニック(人間ドック・がんPETドック+ホモシステイン酸測定・がんPETドック)	<input type="checkbox"/> 宇都宮東病院 <input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院	

※協会けんぽを利用することにより、更に受診費用が安くなります。各病院にご相談ください。

健診受診予定者名

	氏名	生年月日	性別	受診希望月	協会けんぽ利用者希望欄 (希望者は○をつけてください)
1		年 月 日	男・女	年 月	
2		年 月 日	男・女	年 月	
3		年 月 日	男・女	年 月	