

# 豊島支部の集団健康診断

日時：2月24日（日）4会場で開催

対象者：豊島支部組合員と土建国保加入者

対象者は一般健診を**無料**で受けられます！

※今年度すでに受診券をご利用された方は支部へご相談ください

**鬼子母神診療所・長汐病院  
東京健生病院・豊島支部会館**

※女性のための健診は、同日2月24日(日)13:00より  
豊島支部会館でのみ実施を予定しております。  
女性健診専用のチラシにてお申込みください。

※今回の集団健診も『けんこうチャレンジ』の対象です。

※詳しくは土建国保ガイドp67をご参照ください。

- ① 無料健診は年度内に1回までです。  
当日受診会場に受診券を必ずお持ち下さい。  
受診券を紛失された方は支部へご連絡下さい。

★土建国保の年度は4月～翌3月末までです。

★今年の4月以降に、すでに受診券を使って健康診断・人間ドックを受診されている方は、集団健診を無料で受診することはできません。



- ② ご家族の方の健診項目も、組合員ご本人と同じ内容となります。
- ③ 健診の結果が『特定保健指導』に該当した方には、医療機関より生活習慣の改善指導のお知らせがきます。

# 健診項目

## \* 一般健診内容 \*

項目	内容	病気との関係 (検査によってわかる病気)
医師診察	聴打診・問診	
血圧	血圧測定 高血圧など	高血圧など
血液検査	血液一般	貧血・白血病・感染症・血液系の疾患など
	肝機能検査	肝機能障害 (肝炎・脂肪肝・肝硬変) など
	脂質検査	栄養状態など
	腎機能検査	肝・胆道系疾患
尿一般検査	査蛋白・糖・潜血	糖尿病・肝臓病・腎臓病・尿路系疾患
胸部 X 線検査	直接撮影	肺結核・肺がん・呼吸器系の疾患と心肥大など
心電図検査		狭心症・心筋梗塞・心肥大・心臓の疾患など
血糖検査	HbA1c	糖尿病など
聴力検査		

## \* オプション検査 \*

項目	検査方法	金額	①鬼子母神	②長汐病院	③東京健生	④支部会館
①胃がん	胃(直接)	¥8,000	○	○	○	×
②大腸がん	検便 2 日法	無料	○	○	○	○
③前立腺がん	PSA	¥2,000	○	○	○	○
④有機溶剤	試薬 1 種類	¥3,000	○	○	○	○
⑤骨密度	DXA法	¥2,000	○	○	○	○
⑥眼底		¥1,300	○	○	○	○
⑦ABC検診	血液による胃がん検査	¥3,000	○	○	○	○
⑧簡易歯科検診	※豊島支部会館のみ	無料	×	×	×	○

**今回も大腸がん検診を無料で受診できます！**

※ABC検診 ピロリ菌とペプシノーゲンでの胃粘膜の状態検査により、胃がんのリスクを計ります  
 ※オプション費用 すべてのオプション検査の費用は、受診当日に実費にてご精算ください

★土建国保ご加入者は、集団健診日に受診することが出来なくても、東京土建国保の提携医療機関にて、ご自身のご都合の良いときに日常的に受診することが出来ます！

詳しくは『土建国保ガイド』をご覧ください。土建国保 HP にてご確認ください。

★東京土建国国民健康保険組合：<http://www.tokyo-doken-kokuho.jp>

# 健診会場

## ① 鬼子母神診療所

豊島区雑司が谷 3-3-17

TEL03-3984-6821

午前 9:00 受診開始



## ② 長汐病院

豊島区池袋 1-5-8

TEL03-3984-6161

午前 9:00 受診開始

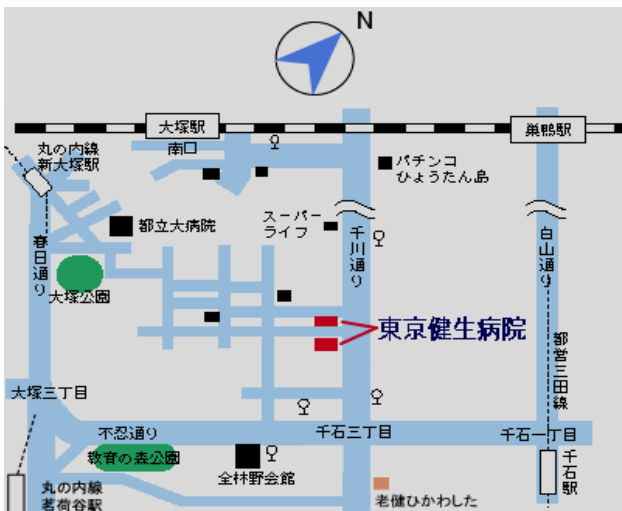


## ③ 東京健生病院

文京区大塚 4-3-8

TEL03-3944-6111

午前 9:00 受診開始



## ④ 豊島支部会館

豊島区西池袋 5-22-15

TEL03-3986-2471

診察機関：代々木病院

午前 9:00 受診開始



# 一般 集団健診お申込書

★ご記入いただき、豊島支部へFAXもしくは郵送にてお申込みください★  
 ※会社やご家族で、別々の会場での受診をご希望される場合は、それぞれお申込みください。  
 ※受診のキャンセルにつきましては、当日 10 時までに豊島支部へ必ずご連絡ください。

①組合員氏名(必ず記入して下さい)	分会名または会社名	生年月日	希望する会場
		年 月 日	①鬼子母神 ②長汐病院 ③東京健生病院 ④豊島支部会館 (代々木病院)
連絡先電話番号	自宅住所		
	〒		
備考			
組合員本人は受診しますか？ いずれかに○をして下さい ・受診する ・受診しない			
問診票・結果票を自宅以外へ郵送を希望される場合はこちらにご記入ください			
〒			
②受診するご家族氏名	③受診するご家族氏名	④受診するご家族氏名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
		生年月日	年 月 日

オプション…希望する項目に“○”を記入してください。  
 ※締切日以降のお申込みは、支部へご相談ください。

項目	金額	各健診会場				申込者名	申込者名	申込者名
		① 鬼子母神	② 長汐病院	③ 健生病院	④ 支部会館			
①胃がん	¥8,000	○	○	○	×			
②大腸がん	無料	○	○	○	○			
③前立腺がん	¥2,000	○	○	○	○			
④有機溶剤	¥3,000	○	○	○	○			
⑤骨密度	¥2,000	○	○	○	○			
⑥眼底	¥1,300	○	○	○	○			
⑦ABC 検診	¥3,000	○	○	○	○			
⑧簡易歯科検診	無料	×	×	×	○			

※各診療機関にて、お申込みが極端に少なかった場合などは、ご希望された会場での健診をやむなく中止とさせていただき、別会場でのご受診をご案内させていただくことがございます。

ゼネコン提出用結果票が必要な方は○印を → 必要  
**豊島支部 FAX 03-3986-2076**  
**申込締切必着日 2月18日(月)**