

豊島支部の日曜健診

日時：11月1日（日）3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！

— 健診会場 —

① 鬼子母神診療所

② 長汐病院

③ 東京健生病院

※新型コロナウイルスの影響から、今回豊島支部会館での健診は行っていません。

※感染拡大の状況から、中止となる場合もあります。

※当日は、必ずマスクを付けて受診をお願いします。

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、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。

※健診日より一週間前を目安に問診票を郵送させていただきます。（多少前後する場合があります）

当日は、問診票（裏表を）を必ず埋めてから「受診券」と一緒にお持ち下さい。問診票を事前に記入されないと、診察にお時間がかかりますのでご協力をお願いします。

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
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	○	○	○
⑥ABC検診	血液による胃がん検査	¥3,000	○	○	○
⑦インフルエンザ		¥3,700	○	○	○

※今回も大腸がん検診を無料で受診できます！

※インフルエンザの予防接種については、数に限りがあります。お早目のお申込みをお願いします。

※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、今回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>

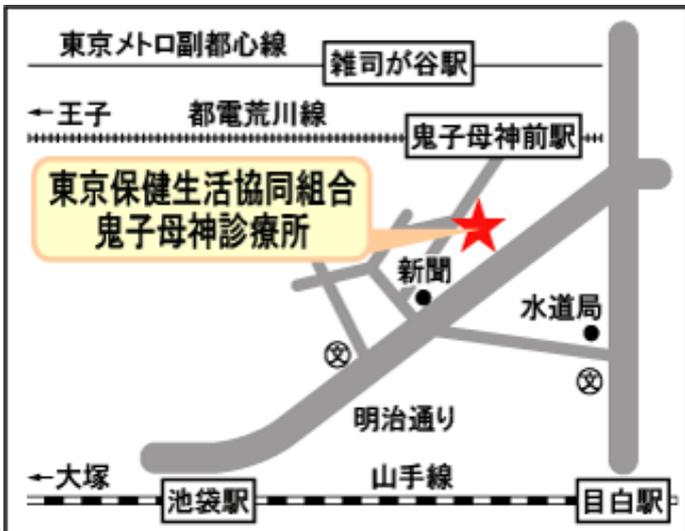
一健診会場一

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



《お願い》

**新型コロナウイルス
感染拡大防止対策
のため、当日受診
される方は、必ず
マスクの着用を
お願いします。**

日曜健診お申込み

★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9時までに受診される病院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
連絡先電話番号	自宅住所			①鬼子母神 ②長汐病院 ③東京健生病院
	〒			
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

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			
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	○	○	○			
⑥ABC 検診	¥3,000	○	○	○			
⑦インフルエンザ	¥3,700	○	○	○			

※各診療機関にてお申込みが極端に少なかった場合は、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ます、別会場での受診をご案内することがございます。

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 10月23日 (金)