大織診療所健診内容と一部負担金

健診の種類		雇入時健診	法定定期健診	生活習慣病健診
対象年齢		全年齢		35歳以上
一部負担金		3,000円		5,000円
診　察	既往歴・自覚症状・他覚的所見（聴打診）	●	●	●
身体計測	身長	●	●	●
	体重	●	●	●
	腹囲	●	●	●
	BMI（肥満度）	●	●	●
視　力	視力	●	●	●
血　圧	最高/最低	●	●	●
聴　力	聴力（オージオ）	●	●	●
検　尿	糖	●	●	●
	蛋白	●	●	●
	尿潜血			●
胸部Ｘ線	直接撮影	●	●	●
心電図	心電図	●	●	●
生化学検査	総蛋白			●
	アルブミン			●
	LDH			●
	AST(GOT)	●	●	●
	ALT(GPT)	●	●	●
	γ-GTP	●	●	●
	ALP			●
	総ビリルビン			●
	中性脂肪	●	●	●
	総コレステロール			●
	HDLコレステロール	●	●	●
	LDLコレステロール	●	●	●
	BUN			●
	クレアチニン			●
	eGFR			●
	空腹時血糖	●	●	●
	HbA1c			●
	尿酸			●
	アミラーゼ			●
	膵型アミラーゼ			●
	CRP			●
血球検査	赤血球数	●	●	●
	ヘマトクリット	●	●	●
	ヘモグロビン	●	●	●
	白血球数	●	●	●
	血小板	●	●	●
胃部Ｘ線	直接撮影			●
便潜血反応	便潜血２日法			●
眼底検査	網膜・視神経・血管			●
腹部超音波	胆のう・肝臓・腎臓・膵臓・脾臓			●

※胃部バリウム検査に替えて胃部内視鏡検査を行う場合、差額5,500円

※生活習慣病健診を人間ドック（充実コース）へ変更する場合、差額15,000円

【オプション検査】

	オプションの種類	一部負担金
婦人科検診	子宮細胞診検査（自己採取）	無料
	乳房超音波検査（視触診なし）	1,000円

※婦人科検診は、生活習慣病健診のみのオプションです。

※雇入時健診・法定定期健診を受診の方がご利用される場合、全額負担となります。（子宮細胞診　3,400円　乳房超音波　3,000円）

大阪婦人子供既製服健康保険組合

【生活習慣病健診】

大織診療所健診申込書

※ 必要事項を記入後、大織診療所にFAX(06-6203-1227)またはメール(kenshin@daiori.or.jp) してください。

※ 大織診療所に申込後、健康保険組合にも郵送またはFAX(06-6262-7130)してください。

健康保険記号		事業所名		担当者名	
健診書類送付先	〒　　－			電話番号	(　　)　　—
請求方法 ○で囲んでください	一部負担金(5,000円)　窓口支払い　・　会社請求 オプション検査　窓口支払い　・　会社請求			健診希望月 年　月　～　年　月	

※胃X線を胃内視鏡に変更(差額金額は自己負担)及び子宮細胞診・乳房超音波検査を希望の方は変更・追加欄にチェックをいれてください。

				性別	続柄	変更・追加	備考
1	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
2	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
3	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
4	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
5	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
6	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
7	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
8	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
9	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				
10	健康保険番号		氏名 (フリガナ)	男・女	本人・家族	□ 胃内視鏡に変更 □ 子宮細胞診(自己採取) □ 乳房超音波	
			生年月日　S・H　年　月　日				

★ 子宮細胞診(自己採取)　無 料
乳房超音波　1，000円

大阪婦人子供既製服健康保険組合

【雇入時・法定定期健診】

大織診療所健診申込書

※ 必要事項を記入後、大織診療所にFAX(06-6203-1227)またはメール(kenshin@daiori.or.jp) してください。

※ 大織診療所に申込後、健康保険組合にも郵送またはFAX(06-6262-7130)してください。

健康保険記号		事業所名		担当者名	
健診書類送付先	〒　　－			電話番号	(　　)　　—
請求方法 ○で囲んでください	一部負担金(3,000円)　　窓口支払い　・　会社請求				

※ 健診種別を○で囲み、ご希望の日時および時期をご記入ください。

1	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
2	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
3	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
4	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
5	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
6	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
7	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		
8	健康保険番号		氏名	(フリガナ)	性別	健診種別	受診希望日時および時期		備考
					男・女	雇入れ時	年　月　日	9:30 10:30 13:00	
			生年月日　S・H　年　月　日			法定定期	年　月　日 ～ 年　月　日		

【雇入時健診をお申込の方へ】

※ 雇入時健診は、受診票の送付はありません。ご記入の日時に受診ください。

※ 午前受診の場合：朝から絶飲絶食

※ 午後受診の場合：朝9時までに軽めの朝食を摂り、その後は絶飲絶食(水は可)

※ 検尿検査から行いますので直前に排尿しない

※ 上半身のみのお着替えになりますので、上下分かれたお洋服でお越しください