



板橋産連 定期 健康診断

Medical Check-up 特殊

会 員 各 位

令和 2 年 7 月 1 日
(一社) 板橋産業連合会

本会では会社での健診が難しい会員事業所様を対象に、労働安全衛生法に定められている定期健康診断(年1回)・特殊健康診断(年2回)を実施しています。費用の一部補助もいたしますので、この機会にぜひご利用ください。



- 日 時 令和2年9月3日(木) 8時00分~15時00分 終了
(受診受付時間 午前は8:00~11:30、午後は13:00~14:30までになります。)
- 場 所 板橋産連会館 3階会議室 板橋区仲宿54-10 TEL (3962) 0131
- 健 診 料 金 消費税込みの料金です。下記により、当日ご持参ください。

※消費税増税により一部料金に変更になりました。

◎定期健康診断 ○基本定健 (法定全項目) 35歳・40歳以上	問診・身長・体重・腹囲・視力・血圧測定・聴力検査(オージオメータ使用) 胸部エックス線検査・尿検査(尿中糖及び蛋白の有無、尿酸) 貧血検査・肝機能検査・血中脂質検査・血糖検査・心電図検査 メタボリックシンドローム判定		お一人 4,300円 (7,300円のうち 3,000円の補助)
○若年定健 (法定省略) 上記以外の方	基本定健の全項目より貧血検査・肝機能検査・血中脂質検査・ 心電図検査を省略する。		お一人 1,100円 (2,600円のうち 1,500円の補助)
◎特殊健診 ○有機溶剤健診 使用する溶剤 の種類によって、 右記のグループ 別の健診項目が 異なります。金額 は各グループ1 項目あたりの金 額です。 各グループ内 で1項目追加毎 に1,600円加算 となります。 ※例 Aグループ トルエン+キシレ ン=4,700円 ※右記にない項目 はお問合せ下 さい。	Aグループ	キシレン、スチレン、1・1・1-トリクロルエタン、 トルエン、ノルマルヘキサン	3,100円
	Bグループ	N・N-ジメチルホルムアミド、トリクロルエチレン、 テトラクロルエチレン(パークロルエチレン)、	3,100円
	Cグループ	二硫化炭素	2,200円
	Dグループ	エチレングリコールモノエチルエーテル(セロソルブ)、 エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート (セロソルブアセテート)、 エチレングリコールモノブチルエーテル(ブチルセロソルブ)、 エチレングリコールモノメチルエーテル(メチルセロソルブ)	1,600円
	Eグループ	オルト-ジクロルベンゼン、クレゾール、クロルベンゼン、 クロロホルム、四塩化炭素、1・4-ジオキサン、 1・2-ジクロエチレン(二塩化アセチレン)、 1・1・2・2-テトラクロルエタン(四塩化アセチレン)	1,600円
	Fグループ	A~E まで以外の有機溶剤	1,600円
	シアン・クロム		2,100円
ベンゼン		2,900円	
ジクロロメタン・ジクロロプロパン採血有(採血の有無は選択できます。 採血無しはFグループでの扱いになり1,600円になります)		3,100円	
○鉛 健 診	血液中の鉛の量の検査、尿中デルタアミノレブリン酸の量の検査が 追加されました。		6,800円
○じん肺、石綿	左記一項目ごとの金額です		3,100円
○水銀、ナフタレン、フッ化水素	左記一項目ごとの金額です		2,100円
○コバルト、メチルイソブチルケトン	左記一項目ごとの金額です		1,600円
LOX-Index(ロックス・インデックス) ※ 任意(オプション)の検査です、詳細は会報に同封され たご案内をご覧ください	定期健診を受診される場合		11,000円
	定期健診を受診されない場合		13,000円

- 申 込 方 法 裏面の申込書にご記入のうえ産連事務局までFAXでお申し込みください。
- 締 切 令和2年8月7日(金)までにお申し込みください。
- 健 診 報 告 結果報告は、愛誠病院より各会社宛に個別表と一覧表が送付されます。

板橋産連健康診断申込書

※有機溶剤は受診されるグループ名もしくは溶剤名をご記入下さい。若年・基本定期健診は受診される項目に○をご記入下さい。受信者全員が前回と同じで、同じ項目を受診される場合は項目名と人数のみご記入下さい。

新型コロナウイルス感染症拡大防止の為、手の消毒、検温、会場への入場制限を行います。人数が集中する場合は調整をお願いさせていただきます。会場内及びお待ちいただく間も適切な間隔を空けていただき密にならない様にご協力をお願いいたします。また健康診断当日に発熱や咳等の症状がある場合はご来場をご遠慮くださいます様お願いいたします。

	氏名 ※受診項目が違う場合はそれぞれご記入ください。	若年定健	基本定健	有機溶剤 ※溶剤名をご記入下さい	特化物 ※鉛等 薬品名をご記入ください	LOX-Index 検査
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
合計		名	名	名	名	名
ご希望の時間	午前 時 頃 / 午後 時 頃 ※人数分けて受診希望の場合は時間と人数をご記入下さい ()					

上記のとおり健康診断の申込をします。

令和 年 月 日

会社名

所在地

電話番号

FAX番号

担当者名

※新規受診の方及び個人票補充が必要な方は、枚数をご記入の上お申込ください。

定期健診

枚

有機・特殊健診

枚