

会員各位

一般社団法人 板橋産業連合会

定期・特殊健康診断のご案内

板橋産業連合会では会社・事業所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）を実施しております。費用の一部補助もごございますので、この機会にぜひご利用ください。

1. 日 時 令和5年2月22日（水）9時00分～16時00分
 （受付時間 午前の部 9:00～11:30、午後の部 13:00～15:30 15:30受付終了）
2. 場 所 ハイライフプラザいたばし2階 板橋区板橋1-55-16
3. 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。

◎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（オーディオメータ使用） 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 1,000 円 （2,500 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 =4,800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、1・1・1-トリクロロエタン、トルエン、 ノルマルヘキサン ※スチレンは別項目になりました。	3,200 円
	Bグループ N・N-ジメチルホルムアミド、トリクロロエチレン、 テトラクロロエチレン（パークロロエチレン）、	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）	2,200 円
	Eグループ オルトージクロロベンゼン、クレゾール、クロロベンゼ ン、クロロホルム、四塩化炭素、1・4-ジオキサン、 1・2-ジクロロエチレン（二塩化アセチレン）、1・1・ 2・2-テトラクロロエタン（四塩化アセチレン）	1,700 円
	Fグループ A～Eまで以外の有機溶剤	1,600 円
	スチレン（検査項目追加により単独になりました）	5,500 円
	シアン・クロム	2,000 円
	ベンゼン	3,000 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）	3,200 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。	6,600 円
○じん肺、石綿、ニッケル	左の一項目ごとの金額です	3,200 円
○水銀、ナフタレン、フッ化水素	左の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	左の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）	基本定健を受診される場合	11,000 円
※任意の検査です、詳細はホームページをご覧ください。	基本定健を受診されない場合	13,200 円

4. 申込方法 裏面の申込書にご記入のうえ産業連合会事務局までファックスでお申込ください。
5. 締 切 令和5年1月31日（火）までにお送りいただきますようお願いいたします。
6. 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。

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。人数が多い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。

令和5年度開催の定期健康診断より申込書の書式が変更になります。詳しくは次回のご案内にてご確認ください。

No.	氏名 <small>※ご記入が無い場合は受診票が届かない事があります</small>	若年定健	基本定健	有機溶剤 <small>※ 溶剤名をご記入ください</small>	特化物 <small>※鉛等 薬品名をご記入ください</small>	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					
	<small>※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</small> ()					

上記のとおり健康診断の申込をします。 ※表に記入しきれない場合は複数枚に分けてお申込み下さい。

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

申込先 (一社) 板橋産業連合会 事務局 FAX (3962) 0133