

## 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8年2月17日（火）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 区立グリーンホール1階ホール 板橋区栄町36-1

## 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 <b>4,300 円</b> （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 <b>※1,000 円</b> （※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	<b>※3,200 円</b>
	Bグループ	N・N-ジメチルホルムアミド、テトラクロロエチレン（パークロロエチレン）	<b>3,100 円</b>
	Cグループ	二硫化炭素	<b>2,200 円</b>
	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）	<b>2,200 円</b>
	Eグループ	オルト-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）	<b>※1,700 円</b>
	Fグループ	A～Eまで以外の有機溶剤	<b>1,600 円</b>
	スチレン（検査項目追加により単独になりました）		<b>※5,500 円</b>
	シアン・クロム		<b>※2,000 円</b>
	ベンゼン		<b>※3,000 円</b>
	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）		<b>※3,200 円</b>
○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。		<b>※6,600 円</b>
○じん肺、石綿、ニッケル、トリクロロエチレン			左の一項目ごとの金額です <b>※3,200 円</b>
○水銀、ナフタレン			左の一項目ごとの金額です <b>2,100 円</b>
○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 <b>1,600 円</b>
LOX-index（ロックス・インデックス）			基本定健を受診される場合 <b>11,000 円</b>
※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 <b>13,200 円</b>
MCI検査【軽度認知障害(MCI)リスクを評価する検査】			詳細はホームページをご確認ください <b>22,000 円</b>

## 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8年1月23日（金）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

お問合せ：（一社）板橋産業連合会 TEL: 03-3962-0131

# 板橋産連健康診断申込書

※若年・基本定期健診は受診される項目に○を、有機溶剤、特化物は溶剤名、薬品名等ご記入ください。  
表記漏れがある場合は確認させていただきますのでご協力をお願いいたします。

	フリガナ 氏 名	性別	(西暦表記) 生年月日	若年 定健	基本 定健	有機溶剤 ※ 溶剤名をご記入ください	特化物 ※鉛等 薬品名をご記入ください	MCI 検査	LOX- Index
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
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。 ※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

担当者名

所在地

電話番号

FAX番号

有機・特殊健診個人票必要数

有機溶剤等

枚

特化物等

枚

※定期・若年健診を申込された方は健診中データが入ったカード及び問診票をもって受診していただきます。  
有機溶剤・特化物の受診の方は個人票のみでカードはございません(個人票補充が必要な方は、枚数をご記入ください)。上記申込書をもとにデータを入力しますので正確にご記入ください。

申込先 (一社)板橋産業連合会 事務局 FAX (3962)0133