

令和6年度 健康診断申込書（集団健診）

※太枠内をご記入下さい

—【事業所情報】—

令和 年 月 日

(フリガナ) 事業所名		事業所種類	
住 所	〒		
T E L		F A X	
担当者名		E-mail	

※実施日は日程表でご確認下さい

—【ご希望する受診日】—

<p style="text-align: center;">【集 団 健 診】</p> <p>※ 1日最大12名 ※ 希望人数は、おおよそで結構です。</p>	<p style="text-align: center;">【第1希望】</p> <p>① 年 月 日 人</p> <p>② 年 月 日 人</p> <p>③ 年 月 日 人</p> <p>④ 年 月 日 人</p>	<p style="text-align: center;">【第2希望】</p> <p>① 年 月 日 人</p> <p>② 年 月 日 人</p> <p>③ 年 月 日 人</p> <p>④ 年 月 日 人</p>
---	--	--

《基本項目》

—【検査項目及び内容】—

項 目	検 査 内 容	料 金 (税込)	対 象 者
1 問診・診察	既往歴・自覚症状・他覚症状(診察)	無料 (実費 8,448 円)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 30～39歳の豊中市民 (障害者手帳や療育手帳を有する方は15歳以上) ■ 40歳以上の生活保護受給者 ■ 4/1現在、国民健康保険加入者で、40～75歳未満の豊中市民 ■ 後期高齢者医療制度の被保険者
2 計測	身長・体重・腹囲・血圧		
3 血液検査	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・GOT・GPT・γ-GTP・血糖・ヘモグロビンA1c・血清尿酸・血清クレアチニン・e-GFR		
4 尿検査	尿糖・尿蛋白		
5 心電図検査	安静時標準12誘導	無料 (実費 1,430 円)	
6 胸部X線検査 (肺がん検診)	問診、胸部エックス線検査(背腹1方向) ※40歳以上の方は肺がん検診(無料)として受診可能	実費 2,310 (肺がん検診の場合は無料)	

《追加項目》

項 目	検 査 内 容	料 金 (税込)	対 象 者
7 肝炎検査	HBs抗原検査・HCV抗体検査	無料 (実費 3,707 円)	基本項目の対象者で、満20歳以上の過去に受けたことのないもの
8 大腸がん検診	問診、便潜血反応検査：ヒトヘモグロビン法(2日法)	無料 (実費 1,188 円)	40歳以上の豊中市民
9 前立腺がん検診	前立腺特異抗原(PSA)検査	無料 (実費 2,948 円)	50歳以上の男性豊中市民

※ 毎年、豊中市から発行される受診券をご提示いただくと、対象者は*無料で受けていただけます。

* (胸部X線検査のみ39歳以下は実費負担となります。)

※ 原則、対象者に該当する方のみが申込可能となります。

[連絡先] 一般財団法人豊中市医療保健センター 本部診療所 TEL 06-6848-1661 FAX 06-6848-1685