

これは、一般定期健康診断、特殊健康診断、生活習慣病予防健診及び骨粗鬆症検査のご案内です。これらの健康診断を同時期に並行して実施出来るよう、毎年6月と11月の年2回、ご案内申し上げます。この案内は、秋（10月～3月）に実施するものであり、それぞれの健康診断の組み合わせ等をご検討いただき、当労働基準協会へ受診申し込みを期日までにいただきますようお願い申し上げます。

令和4年6月1日

会 員 事 業 主 殿

一般社団法人 諏訪労働基準協会長

### 令和4年秋の一般定期健康診断・特殊健康診断・ 生活習慣病予防健診のご案内

向暑の候、貴社益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

労働者の健康管理につきましては、労働安全衛生法の規定に基づき常日頃よりご配慮されていることと思っておりますが、今回は令和4年秋の一般定期健康診断、特殊健康診断、生活習慣病予防健診を同時期に実施していただけますようご案内申し上げますので、健康診断が法定通り行われ、従業員の健康保持が図られますようご検討いただき、健康診断を受診されますようご案内申し上げます。

産業医選任事業場（常時50人以上を使用する事業場）におきましては、産業医と緊密な連携をとられ健康診断実施にあたっての指示を受ける等遺漏のないようお願い申し上げます。

### 健康診断実施時期 令和4年10月～令和5年3月（予定）

#### 申 込 先 ・ 方 法 ・ 期 日

#### 一般社団法人 諏訪労働基準協会

〒394-0021 岡谷市郷田1-4-11 岡谷商工会館3階301号室

T E L : 0266-22-2032 F A X : 0266-22-2067

#### ★申込方法

定期健康診断・生活習慣病予防健診と特殊健康診断は、別添のそれぞれ別々の申込書により申し込んでください。

（電話による申し込みは、受付いたしませんのでご協力ください。また、FAXをご利用いただいても結構ですが、 possible の限り郵送にてお申し込みくださるようご協力ください。）

産業医選任事業場は、健康診断実施について産業医の指示を受け承諾を得たうえ、申込書に産業医名を記名してお申し込みください。

★申込期日： 令和4年6月24日（金）

## その他

- ① 令和2年度より、サービスの一環として一般定期健康診断・生活習慣病予防健康診断の貧血検査（血液）について、白血球数とヘマトクリット値の項目を無料で追加することになりましたので、宜しく願い申し上げます。
- ② 健診実施の日程については、申込書により日程の確認、調整を行い、決まり次第各事業場に健診機関（日本健診財団）から連絡いたします。 日程確定後に受診人員の変更、日程の変更等がありましたら、健診実施機関（一般財団法人日本健診財団 ☎0266-41-0101）へ連絡してください。
- ③ 受診者の定期健康診断受診票は、事前に作成いたします。受診日確定後、健診機関より名簿提出の依頼がありますので、ご協力をお願い致します。  
お送りした受診票は、裏面の問診票を必ず記入し、健康診断時に持参してください。  
特殊健康診断の個人票は、継続している方は前回より使用しているものを持参してください。
- ④ 常時50人以上を使用する事業場は、定期健康診断が完了した時は、その結果を定期健康診断結果報告書（労働安全衛生規則第52条の規定の様式第6号）を所轄の労働基準監督署に提出しなければならないことになっていきますのでご承知おきください。
- ⑤ 申込書に「健診可能土曜日」という欄がありますが、これは土曜日にも健康診断を実施する日もありますので、事業場で土曜日に健康診断を行うことが可能な場合はその土曜日を記入してください。
- ⑥ 健康診断は、1事業場の実施人員が20名以下等少ない場合、適当な駐車場がない場合等は近隣の公共施設等に集合していただくこととなりますのでご了承ください。
- ⑦ 労働者50人未満の事業場については、健康診断実施後の事後措置等についての健康相談を、長野県地域産業保健センター（諏訪地区）にて無料で相談に応じております。お気軽にご相談ください。連絡先等はホームページ <https://www.naganos.johas.go.jp> をご参照ください。
- ⑧ 健康診断の実施につきましては、当基準協会、あるいは日本健診財団へお問い合わせください。

## その他料金・健康診断料金の支払い

健康診断結果を記録した個人票の返送料	¥550（消費税込）
--------------------	------------

健康診断料金は、銀行振込によりお支払いください。

現金でお支払いの場合は、健康診断当日に受付担当にお申し出ください。

## 健康診断実施機関

一般財団法人 日本健診財団 長野県支部

〒399-0421 上伊那郡辰野町辰野1477-6 TEL 0266-41-0101 FAX 0266-41-4921

メールアドレス：keikaku\_nagano@nihonkenshin.jp

既往歴及び業務歴の調査

自覚症状及び他覚症状の有無の検査

身長・体重・視力の検査

胸部X線検査（\*）及びかくたん検査

血圧測定

尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）

貧血検査（白血球・赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット値）

肝機能検査（AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP)

血中脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）

心電図検査（安静時心電図検査）

聴力検査（1,000Hz・4,000Hz）

腹囲測定

糖尿病検査（血糖検査・HbA1c（糖化ヘモグロビンエーワンシー）（\*1））

\*1 高齢者医療確保法による「特定健康診査」が平成20年4月より施行され、40歳～74歳の者を対象にメタボリックシンドロームの判定、特定保健指導の必要から、空腹時血糖値の検査が必要となります。しかし、空腹時状態（食後10時間以上）で全員が受診していただくことが困難でありますので、血糖検査と併せ糖化ヘモグロビンエーワンシー検査をお願いするものです。血糖値は食事や飲酒により検査値が変動するのに対し、糖化ヘモグロビンエーワンシー検査は、採血時より過去1～2ヶ月間の血糖の状態を示すもので、食事や飲酒による変動はほとんどありません。（高齢者医療確保法ではこの糖化ヘモグロビンエーワンシー検査数値を使用することが認められております。）  
そこで上記の血糖検査とHbA1c（糖化ヘモグロビンエーワンシー）は、原則として全項目受診者全員を対象にお申し込みください。

医師の判断により認められた、上記 の項目省略健康診断

（医師がその人の健康状態、日常生活状況、作業態様、過去の健康診断結果等を考慮して総合的に判断し、必要でないとき認めるときは、以下の項目が省略できます。）

・ 20歳以上の者の身長

・ 胸部X線検査（\*）によって病変の発見されない者及び胸部X線検査によって結核発病のおそれがないと診断された者のかくたん検査

・ 年度起算で40歳未満の者（35歳の者を除く）の の項目

・ 年度起算で45歳未満の者（35歳・40歳の者を除く）の聴力検査  
（オーディオメーターによる検査でなく会話法を可とする）

\* 労働安全衛生規則の基準改正によって、平成22年4月より40歳未満の者（20歳、25歳、30歳及び35歳の者を除く。）で、一部の該当者を除き、医師が必要でないとき認められた場合のみ定期健康診断における胸部X線検査及び喀痰検査を省略することができます。  
省略をご希望される事業所様は、ご連絡をお願い致します。  
ご連絡がない事業所様は、胸部X線検査を実施致します。  
当日のお申し出に關しましては、対応致しかねます。

## ★生活習慣病予防健診

(消費税込)

年齢制限はなく、どなたでもお申込みいただけます。前頁「定期健康診断A」の項目を充足しています。

検査内容	生活Aコース	生活Bコース	生活Cコース	生活Dコース
診察・問診	○	○	○	○
身長・体重・BMI・標準体重	○	○	○	○
尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン)	○	○	○	○
視力(遠視力5m)	○	○	○	○
聴力(オージオメーター使用1000Hz、4000Hz)	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○
腹囲	○	○	○	○
心電図(12誘導)	○	○	○	○
胸部X線(デジタル撮影)	○	○	○	○
胃部X線(デジタル撮影・8枚)	○	○	○	○
便潜血2日法	○	○	○	○
眼底(両眼撮影)	○	○	○	○
赤血球/ヘモグロビン	○	○	○	○
HDLコレステロール/LDLコレステロール/中性脂肪	○	○	○	○
AST(GOT)/ALT(GPT)/γ-GTP	○	○	○	○
血糖	○	○	○	○
HbA1c	○	○	○	○
白血球/ヘマトクリット	○	○	○	○
血小板		○	○	○
総ビリルビン		○	○	○
尿酸		○	○	○
総蛋白		○	○	○
CRP		○	○	○
LDH		○	○	○
尿素窒素		○	○	○
ALP		○	○	○
A/G比			○	○
Fe			○	○
コリンエステラーゼ			○	○
赤血球恒数			○	○
クレアチニン			○	○
アルブミン			○	○
総コレステロール				○
RF				○
HbsAg				○
血清アマラーゼ				○
血液項目数	12	20	26	30
料 金	¥17,600	¥18,040	¥18,260	¥19,140

## ★オプション検査

(消費税込)

大腸がん(便潜血2日法)	¥1,650	
眼底検査(判定料含む)	¥1,650	
心臓疾患(NP-proBNP)	¥3,300	
C型肝炎検査(HCV抗体)	¥2,200	
胃がん(ABC検診)	¥5,500	
骨粗鬆症(骨密度)検査(*)	¥3,080	(*) 20名以上の申し込みで受診可
超音波(腹部五臓器) (*)	¥5,830	
腫瘍マーカー検査 ↓血液の中からがん細胞がつくる物質を検出する検査です。		
男性3項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) PSA(前立腺がん)	¥6,380
男性5項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) PSA(前立腺がん)	¥9,900
	SCC(食道がん) AFP(肝臓がん)	
女性3項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) CA125(卵巣がん)	¥6,380
女性5項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) CA125(卵巣がん)	¥9,900
	SCC(食道がん) AFP(肝臓がん)	

(歯科医師による歯の検査を除く健康診断とする)

I 法令に基づく特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
● 電 離 放 射 線	3,300
有 機 溶 剤	別表
● じ ん 肺	4,620
鉛 及 び そ の 合 金 化 合 物	別表
高 気 圧	5,610
● 石 綿	4,620

特定化学物質等障害予防規則に基づく  
特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
● 塩 素 化 ビ フ ェ ニ ル ( P . C . B )	2,420
● ア ク リ ル ア ミ ド	2,420
● 塩 素	2,420
ク ロ ム 酸 及 び そ の 塩	*2,420
コ ー ル タ ー ル ( 5 % )	*2,420
シアン化カリウム(5%)、シアン化水素、シアン化ナトリウム(5%)	2,420
● 水 銀 また は そ の 無 機 化 合 物 ( 硫 化 水 銀 を 除 く )	2,750
● トリレンジイソシアネート	2,420
ニ ッ ケ ル カ ル ボ ニ ル	*2,420
砒 素 また は そ の 化 合 物 ( アル シ ン 及 び 砒 化 カ リ ウ ム を 除 く )	*2,420
● 弗 化 水 素	2,420
ベ ン ゼ ン	3,300
● マ ン ガ ン また は そ の 化 合 物 ( 塩 基 性 酸 化 マ ン ガ ン を 除 く )	2,750
● 硫 化 水 素	2,420
● ニ ッ ケ ル 化 合 物 ( 粉 状 の 物 に 限 る )	2,420
● イ ン ジ ウ ム 化 合 物	*16,500
● エ チ ル ベ ン ゼ ン	6,050
コ バ ル ト また は そ の 無 機 化 合 物	2,420
ク ロ ロ ホ ル ム	4,180

(右上へつづく)

(特定化学物質 つづき)

有害要因・物質	料金(円)
1 ・ 4- ジ オ キ サ ン	4,180
1 ・ 2- ジ ク ロ ロ エ タ ン	4,180
1 ・ 1 ・ 2 ・ 2- テ ト ラ ク ロ ロ エ タ ン	4,180
ジ ク ロ ロ メ タ ン	4,400
ス チ レ ン	14,080
テ ト ラ ク ロ ロ エ チ レ ン	7,480
ト リ ク ロ ロ エ チ レ ン	7,480
メ チ ル イ ソ ブ チ ル ケ ト ン	2,750
● ナ フ タ レ ン	2,750
● リ フ ラ ク ト リ ー セ ラ ミ ッ ク ファ イ バ ー	4,620
● 三 酸 化 ニ ア ン チ モ ン	2,420
溶 接 ヒ ュ ー ム	2,750

II 行政指導による特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
● 紫 外 線 ・ 赤 外 線	2,750
● 騒 音	2,970
● 超 音 波 溶 着 機	2,970
チ ェ ン ソ ー	7,700
チ ェ ン ソ ー 以 外 の 振 動 工 具 ( さ く 岩 機 ・ チ ッ ピ ン グ ハ ン マ ー ・ ス イ ン グ グ ラ イ ン ダ ー )	7,700
引 金 付 工 具	4,400
情 報 機 器 ( 旧 V D T ) 作 業	実費
● レ ー ザ ー 光 線	4,400
ア ル シ ン	14,762

III 特定化学物質 第3類物質の健康診断

● 酸 類 ( 塩 酸 ・ 硫 酸 ・ 硝 酸 )	2,420
● ア ン モ ニ ア	2,750

- (注) ①料金欄\*印→胸部X線直接撮影を必要とする場合 2,200円(税込)が加算されます。  
 ②塩素・弗化水素・酸类等、歯科医師による歯の検査を除く健診料金です。  
 ③第一次健康診断で医師が必要と認める検査を実施した場合及び第二次健康診断は実費を申し受けます。  
 ④表に記載のないものにつきましては、お問い合わせ下さい。  
 ●のついているものは価格改定(値上)いたしました。

## 有機溶剤 健康診断 料金表 (消費税込)

## 1. 基本項目 2,750円

業務歴・既往歴・作業条件の簡易な調査・自他覚症状  
(法改正に伴い、2020年7月より尿中蛋白の有無の検査はなくなりました)

## 2. 指定の有機溶剤による検査項目料金

有機溶剤の種類 (以下成分の1成分あたりの検査料)	基本項目 2,750円	代謝物 3,300円	肝機能 1,430円	貧血 330円	眼底 2,200円
キシレン、トルエン、1・1・1トリクロロエタン、 ノルマルヘキサン	○	○			
N・N-ジメチルホルムアミド	○	○	○		
クロルベンゼン、オルト-ジクロロベンゼン、 1・2-ジクロロエチレン、クレゾール	○		○		
エチレングリコールモノエチルエーテル エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート エチレングリコールモノノルマルブチルエーテル エチレングリコールモノメチルエーテル	○			○	
二硫化炭素	○				○

医師が必要と認める検査を実施した場合は実費を申し受けます。

## 鉛 健康診断 料金表 (消費税込)

## 1. 基本項目 8,580円

業務歴・既往歴・作業条件の簡易な調査・自他覚症状、血液中の鉛の量(※)  
尿中のデルタアミノレブリン酸の量(※)  
(※) 前回の健康診断に受診していて、かつ、医師が必要でないと認める場合は省略可

## 2. 医師が必要と認める場合に実施する検査項目 料金

貧血検査(血色素量、赤血球数)	330円
赤血球中のプロトポルフィリンの量の検査	3,300円

全項目実施の場合は、12,210円となります。

# 定期健康診断・生活習慣病 健診申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	担当者名 事業主名 (職名) <span style="float: right;">㊟</span>
所在地 〒 _____	
TEL	FAX
御担当者様等 メールアドレス	
産業医 医療機関名	産業医氏名
産業分類(どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期      月 上 ・ 中 ・ 下旬 / 時間帯: 午前 ・ 午後	

★受診人数を記入して下さい。					
健診の種類 (金額は消費税込)	男	女	計	オプション検査 (4頁参照)	人数
定健健康診断A      ¥8,800					
省略定期健康診断B      ¥2,750					
生活習慣病Aコース      ¥17,600					
生活習慣病Bコース      ¥18,040					
生活習慣病Cコース      ¥18,260					
生活習慣病Dコース      ¥19,140					
特定業務従事者健診 (㊟)				㊟ 定期健康診断Aと同じ項目となります。	
●全国健康保険協会「協会けんぽ」					

○健診可能土曜日    有 ・ 無 / 全土曜日可 ・ 第 (    ) 土曜日可 ・ 第 (    ) 土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望    有 ・ 無                      ○健診車(2台)駐車    可能 ・ 不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図
----------

上記の通り申し込みます。

令和    年    月    日

一般社団法人 諏訪労働基準協会長 殿

F A X    0 2 6 6 - 2 2 - 2 0 6 7

☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。  
 ☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区分毎にコピーして作成して提出して下さい。  
 ☆定期健康診断における胸部X線検査の省略のご連絡がない事業所様は、胸部X線検査を実施致します。

\*健診機関記入欄

--	--	--	--	--

# 特殊健康診断申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	担当者名 事業主名 (職名) <span style="float: right;">(印)</span>
所在地 〒 _____	
TEL	FAX
御担当者様等 メールアドレス	
産業医 医療機関名	産業医氏名
産業分類(どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期      月 上 ・ 中 ・ 下旬 / 時間帯：午前 ・ 午後	

★有機溶剤については、使用する有機溶剤の種類別に受診人数を記入して下さい。

健康診断の種類	受診人数	健康診断の種類	受診人数
じん肺			

○健診可能土曜日    有 ・ 無 / 全土曜日可 ・ 第 (    ) 土曜日可 ・ 第 (    ) 土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望    有 ・ 無                      ○健診車(2台)駐車    可能 ・ 不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図	上記の通り申し込みます。  令和    年    月    日  一般社団法人 諏訪労働基準協会長 殿 FAX 0266-22-2067
----------	---

☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。  
 ☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区分毎にコピーして作成して提出して下さい。

\*健診機関記入欄

--	--	--	--	--