変更版のご案内です。
日程や会場にご注意ください。

２０２０年度

会員限定

定期健康診断のご案内

受診日　定員になり次第、下部記載★の方式のみになります。

８月６日（木）・７日（金）・21 日（金）

受付時間

各日共　１３：３０～１６：３０

受診会場

医療法人崇孝会　北摂クリニック
（茨木市大池１－１０－３７）

申込・問い合わせ

茨木商工会議所
ＦＡＸ：０７２－６２２－６６３２
ＴＥＬ：０７２－６２２－６６３１
月～金　９：００～１７：１５※土・日・祝祭日は休館

申込方法

1．裏面の申込書にご記入の上、当会議所へＦＡＸして下さい。
申込締切：７月１７日（金）
※左記日程にて受診の方
2．受診時間帯決定後、当会議所より申込受理票をＦＡＸにて送信させていただきます。
※先着順で時間帯の定員をオーバーした場合、他の日時に変更していただくことがありますので、ご了承ください。
3．大腸がん検診をお申込の場合は、後日検査容器が北摂クリニックよりご担当の方へ届けられます。
4．受診後、北摂クリニックより受診料請求書が届きますので、北摂クリニック指定の口座へお振込み下さい。
◇健診結果は事業所用・本人用に封筒でお届けします。

健診内容　◇茨木商工会議所へお申込の方のみ、下記の受診料で受付します。

検査項目		対象者	１名様受診料（会員価格・税込）
特定健診	①胸部間接レントゲン撮影　②身体計測　③視力　④聴力（1000Hz・4000Hz）　⑤血圧測定　⑥検尿（糖／蛋白）　⑦医師による診察　⑧血液検査（GOT・GPT・γ-GTP・**LDL-cho**・TG・T-cho・HDL-cho・RBC・Hb・血糖・HbA1c）　⑨安静時心電図検査　**⑩腹囲**	**S２１年４月２日～S５６年４月１日、S６０年４月２日～S６１年４月１日のお生まれの方（※１）**	６，９７０円
一般健診Ａ	上記①～⑨の項目	**上記以外の方**（上記以外の方で 20･25･30 歳以外の方は、医師が必要でないと認める時は、レントゲンの省略もできます。**(※２)**）	６，８１０円（ﾚﾝﾄｹﾞﾝなし：６，４９０円）
一般健診Ｂ	上記①～⑦の項目		２，５２０円（ﾚﾝﾄｹﾞﾝなし：２，２００円）
オプション項目（**特定健診・一般健診Ａ・一般健診Ｂ**に追加することができます）			
C	大腸がん検診　（便中ヒトヘモグロビン１回法）		１，５７０円
D	有機溶剤検診　（トルエン･キシレンのどちらか１種）		５，７６０円
E	じん肺検診　（胸部直接レントゲン撮影）		３，６７０円

（※１）S20 年生まれの方でも、受診日までに 75 歳未満である方は特定健診の受診対象です。
（※２）レントゲンなしをお申し込みの場合でも、受診当日、医師の判断によりレントゲンを受けていただくこともあります。その場合はレントゲンありの受診料に戻りますのでご了承ください。

★裏面記載の受診日程で都合のつかない方は（直接受診）

５月～１０月末の期間のみ、北摂クリニックにて診療時間内で直接受診に行っていただくことも可能です。
①裏面申込書にて茨木商工会議所へＦＡＸ → ②会議所からの申込受理票ＦＡＸを受け取り → ③北摂クリニックへご希望の日時の空き状況を電話確認して予約　の流れとなります。

医療法人崇孝会　北摂クリニック
所在地：茨木市大池１－１０－３７
ＴＥＬ：０７２－６３３－３３１３（８：３０～１７：３０／月～金）
受診当日受付時間：９：００～１１：００（月～土）、１８：００～１９：００（月・水・金）

ご注意 電話予約の際、初めに必ず、「茨木商工会議所主催の健康診断の予約です。」とお伝えください。また、予約先着順のため、ご希望に添えない場合もあります。混雑している場合がございますので、ご了承ください。

受診受付日時（密集を防ぐため少人数ずつの細かい時間設定をしております。受付時間を守り、早めの来場はお控え下さい。）

8/5 分は受付終了しました。

	13：30～14：00	14：00～14：30	14：30～15：00	15：00～15：30	15：30～16：00	16：00～16：30
８月６日（木）	受付終了	受付終了	受付終了	受付終了	○	○
８月７日（金）		受付終了	○	○	○	受付終了
急遽増設→ ８月 21 日（金）	○	○	○	○	○	○

※ ***○印の受付中の時間帯でも、どの枠も残りわずかです。***

◎本申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、定期健康診断施行におけるカルテや診断結果の作成、発行および定期健康診断に関する連絡・情報提供の目的にのみ使用いたします。

定 期 健 康 診 断 申 込 書

※全てご記入下さい　　２０２０年　　月　　日

□　茨木商工会議所の会員事業所です。（会員事業所様のみ受付できます。）

ご事業所名		**ご担当者名**	
所 在 地	〒　　－		
TEL・FAX	TEL　　FAX		
受診方法 どちらかに☑を付けてください	□ 上記日程で受診 □ 上記日程***以外***の５月～１０月に受診（日時は北摂クリニックへ電話予約してください。※表面参照）		

	受診者名 楷書ではっきりとご記入ください	**性別** ○をつけてください	**生年月日**	**受診項目** 受診する項目全てに○をつけてください ※表面の対象者生年月日をご確認ください	**レントゲンの有無** ○をつけてください	※上記日程での受診のみ記入 **希望日・時間帯** 例 8/6・(8/7)・8/21 １５：００～
1	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
2	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
3	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
4	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
5	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
6	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
7	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
8	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
9	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～
10	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女	昭和 平成　・　・	特・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ	あり・なし	8/6・8/7・8/21 ：　～

茨木商工会議所ＦＡＸ　０７２－６２２－６６３２