

2024年度水戸商工会議所会員の皆様へ

## 水戸中央病院健診センター百合が丘の 「人間ドック・定期健康診断・生活習慣病健診・レディース検診」のご案内

人間ドック、定期健康診断、生活習慣病健診、レディース検診を下記のとおりお受けしますので、ぜひご利用ください。



●●● 女性にやさしい検診環境  
女性専用レディースフロア完備 ●●●



●●● 苦痛の少ない  
経鼻内視鏡検査(胃カメラ) ●●●



●●● 被ばくのない  
脳MRI(磁気共鳴断層撮影装置) ●●●

**健診時期** 2024年4月1日(月)～2025年3月24日(月)

各コースとも人数に制限がある為、申し込み順とさせていただきます。なお受診するコースによって、受診日程の変更をお願いする場合がありますのでご了承下さい。

**健診機関・場所** 水戸中央病院 健診センター百合が丘(水戸市六反田町1136-1 ☎309-8521)

※健康診断に関する内容は直接お電話でお問い合わせ下さい。  
(申込みに関しては商工会議所にお問い合わせ下さい)

**対象者** 水戸商工会議所会員の事業主及び従業員

**お支払い** 受診料は、5名様以上の事業所様対象で、水戸中央病院健診センター百合が丘より後日健診結果票と共に直接事業所に請求されます。4名様までは受診当日、窓口にてお支払いください。申し込み時のお支払いはありません。

かいらく共済にご加入の事業所は、加入口数に応じて助成金が受けられます。(加入者本人に限る)「1口～2口 1,000円、 3口～5口 2,000円、 6口～8口 3,000円」別途、請求手続きを行ってください。

**申込方法** 裏面の受診申込書にご記入の上、商工会議所までお申込み下さい。

後日、受診票一式を水戸中央病院 健診センター百合が丘から各事業所へ送付します。

【申込先】 会員サービス課(☎224-3315 FAX231-0160)



# コース別健診内容

		① 人間ドック ※対象者35歳以上で協会けんぽの方は《 》	② 生活習慣病 健康診断	③ 一般健康診断 ※対象者35歳以上で協会けんぽの方は《 》	④ 定期健康診断	⑤ レディース検診	
基本料金		<b>40,700円</b> 《※協会けんぽ29,317円》	<b>18,150円</b>	<b>18,865円</b> 《※協会けんぽ5,282円》	<b>6,600円</b>	<b>19,800円</b>	
基本検査	問診	○	○	○	○	○	
	身体測定	身長	○	○	○	○	—
		体重	○	○	○	○	—
		BMI(肥満等)	○	○	○	○	—
		腹囲	○	○	○	○	—
	視力・聴力検査	○	○	○	○	—	
	血圧測定	○	○	○	○	—	
	尿検査	○	○	○	○	—	
	胸部X線検査	○	○	○	○	—	
	血液検査	血液一般	○	○	○	○	—
肝機能検査		○	○	○	○	—	
糖代謝検査		○	○	○	○	—	
脂質代謝		○	○	○	○	—	
腎機能・痛風検査		○	○	○	○	—	
甲状腺ホルモン	○	—	—	—	—		
心電図検査	○	○	○	○	—		
上部消化管検査(X線)	○	○	○	—	—		
大腸がん検査	○	○	○	—	—		
眼底検査	○	○	—	—	—		
眼圧検査	○	—	—	—	—		
腹部エコー・肺機能検査	○	—	—	—	—		
感染症検査	○	—	—	—	—		
腫瘍マーカー(CEA、CA19-9、男性PSA、女性CA125)	○	—	—	—	—		
乳がん検診	マンモグラフィ(2方向)	—	—	— ※	—	○	
	乳腺超音波検査	—	—	—	—	○	
子宮頸がん検診	子宮頸部細胞診	—	—	— ※	—	○	
	経膣エコー	—	—	—	—	○	
	内診	—	—	—	—	○	

※乳がん検診、子宮頸がん検査は、協会けんぽ経由でも受けられますのでご相談下さい。

★水戸市特定健康診査・がん検診の受診券も利用出来ますので対象の方はご相談下さい。

★その他オプション検査もご用意しております。詳しくは健診センターへお尋ね下さい。

★①②③のコース上部消化管検査(X線)を胃カメラに変更の場合は差額¥4,400が発生いたします。

★医師による健診結果説明があります。

※受診日当日は医師からの結果説明を希望しない方は申し込み時にお知らせ下さい。

★人間ドックには腫瘍マーカーが男性PSA 女性CA125が基本項目となっています。

★1年を通して申し込みができます。

## 当センターの特徴

◎検査結果は、約1ヶ月後に水戸中央病院 健診センター百合が丘より各事業所宛に送付されます。

## 受診申込書

# FAX 231-0160

受診期間 2024年4月1日(月)～2025年3月24日(月)

希望受診日時には、第1希望日から第3希望日までをご記入ください。

こちらから折り返し日時をご案内申し上げます。

※①・②・③コースは胃の検査がありますので、朝食をとらずにお越しください。

事業所名

TEL ( ) / FAX ( )

No.	ふりがな氏名	性別	生年月日	健診コース	協会けんぽ加入	希望受診日程
1		男	S 年 月 日	①・②・③・④・⑤	あり	第1 月 日 ( )
		女	H 年 月 日		なし	第2 月 日 ( )
						第3 月 日 ( )
2		男	S 年 月 日	①・②・③・④・⑤	あり	第1 月 日 ( )
		女	H 年 月 日		なし	第2 月 日 ( )
						第3 月 日 ( )
3		男	S 年 月 日	①・②・③・④・⑤	あり	第1 月 日 ( )
		女	H 年 月 日		なし	第2 月 日 ( )
						第3 月 日 ( )

※ご記入戴いた情報は、健康診断に伴う水戸中央病院 健診センター百合が丘からの情報・結果報告及び本商工会議所内部処理以外では利用いたしません。