

令和7年8月1日

会 員 各 位

富 良 野 商 工 会 議 所

## 健康診断の実施について

当所では、会員事業所の福祉の増進を支援するため、事業主と従業員の方々を対象に医療法人新産健会（スマイル健康クリニック）の健診車による健康診断を実施しております。本年度の秋季健康診断を下記日程により実施いたします。業務ご多忙の折とは存じますが、ご受診くださいますようご案内申し上げます。

なお、受診料については、受診後にスマイル健康クリニックよりご請求させていただきます。当日会場受付での受診料の申し受けは出来ませんので、ご容赦ください。

また、混雑緩和のため、入場制限をさせていただきます。別紙申込書にご希望の受診日・時間帯をご記載ください。

※受診希望人数によりご要望に沿えない場合がございます。ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

### 記

日 時 令和7年10月20日(月)・21日(火)・22日(水) 午前9時～午後5時

受付時間 8:30～11:30 13:00～16:15

場 所 富良野地域人材開発センター (西麻町1番1号)

健診種別 内容は別紙のとおり

健 診 料 法定健康診断 . . . . 1人 5,720 円

雇入時健康診断 . . . 1人 5,720 円

※法定健診と同内容ですが、区分を分けて申込してください。

生活習慣病健康診断 1人 7,700 円

※上記健康診断受診者1名につき商工会議所から500円助成します。

※ オプション検査（別紙）を付加することも可能です。

ご希望される方は申込書に氏名・希望オプション検査をご記入ください。

（オプション検査については助成対象外となります。）

※ 健診を希望される方は9月5（金）までに、メールまたはFAXにてお申し込みください。（TEL：22-3555/MAIL：fcci@furano.ne.jp/FAX：22-3120 担当 沼田・太田）

## 令和7年度 健康診断 料金・項目

健康診断コース	検査項目	希望料金
法定健康診断 (全年齢) の方対象	①計測(身長・体重・BMI) ②尿検査(蛋白、糖、潜血、ウロビリノーゲン) ③視力検査 ④聴力検査(オーディオメーター) ⑤血圧測定 ⑥医師による診察 ⑦胸部レントゲン撮影 ⑧腹囲測定 ⑨心電図検査 ⑩血液検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小版数)</li> <li>・炎症(白血球数)</li> <li>・肝機能(GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP)</li> <li>・血中脂質(中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール)</li> <li>・腎機能(尿酸)</li> <li>・糖尿(血糖、ヘモグロビンA1c)</li> </ul>	5,720円 (税抜5,200-)
雇入時健診 (全年齢) の方対象	法定健康診断と同内容 管理システムの都合上、法定健診と区分を 分けてお選びください。	5,720円 (税抜5,200-)
生活習慣病健康診断  より詳しく 調べたい方 対象 ※法定健診に下線部 分が 追加となります。	①計測(身長、体重、BMI) ②尿検査(蛋白、糖、潜血、ウロビリノーゲン) ③視力検査 ④聴力検査(オーディオメーター) ⑤血圧測定 ⑥医師による診察 ⑦胸部レントゲン撮影 ⑧腹囲測定 ⑨心電図検査 ⑩血液検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小版数)</li> <li>・炎症(白血球数)</li> <li>・肝機能(GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP、<u>ALP、LDH、総蛋白</u> <u>、アルブミン、総ビリルビン、ChE)</u></li> <li>・血中脂質(中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール)</li> <li>・糖尿(血糖、ヘモグロビンA1c)</li> <li>・腎機能(<u>尿酸、尿素窒素、クレアチニン、eGFR</u>)</li> <li>・膵機能(<u>アミラーゼ、リパーゼ</u>)</li> </ul> ⑪大腸がん検査(便潜血2回法)※CEA	7,700円 (税抜7,000-)
<b>【備考】</b> ①年齢の基準日は令和8年3月31日時点での年齢となります。 ②大腸がん(便潜血2回法)の未提出者は、腫瘍マーカーCEAを実施。		

# 令和7年度 オプション検査 料金

## 【おすすめオプション検査】

オプション名	検査項目	希望料金
大腸がん検査 ※法定健康診断受診の方	便潜血2回法	1,320円 (税抜1,200-)
胃部検査	ペプシゲン検査(血液で胃の萎縮を調べる検査です)	3,520円 (税抜3,200-)

## 【その他オプション検査】

オプション名	検査項目	希望料金
肺がん検査Ⅰ (非喫煙者用)	CEA(血液検査)+胸部レントゲン直接撮影(二重読影)	3,190円 (税抜2,900-)
肺がん検査Ⅱ (喫煙者用)	喀痰検査+胸部レントゲン直接撮影(二重読影)	4,180円 (税抜3,800-)
腎機能検査※	血液検査(尿酸、尿素窒素、クレアチン、eGFR)	770円 (税抜700-)
肝機能検査※	血液検査(GOT、GPT、γ-GTP、ALP、LDH、総蛋白 アルブミン、総ビリルビン、ChE)	1,540円 (税抜1,400-)
膵機能検査※	血液検査(アミラーゼ、リパーゼ)	990円 (税抜900-)
肝炎ウイルス検査(B型)	B型抗原、抗体	1,540円 (税抜1,400-)
肝炎ウイルス検査(C型)	C型抗体	2,530円 (税抜2,300-)
甲状腺検査	血液検査(FT3、FT4、TSH)	3,850円 (税抜3,500-)
前立腺がん検査	血液検査(PSA)	2,200円 (税抜2,000-)
子宮がん検査	血液検査(CA125)	2,640円 (税抜2,400-)
エイズ検査	血液検査(HIV)	3,080円 (税抜2,800-)
リウマチ	血液検査(RF、CRP)	2,530円 (税抜2,300-)
血液型	血液検査(ABO、Rh血液型)	550円 (税抜500-)
検便検査	虫卵、赤痢菌、サルモネラ菌、O-157、O-26、腸チフス、パラチフス	1,540円 (税抜1,400-)
眼底検査	眼球写真撮影(片眼) ・動脈硬化、眼底出血、白内障、緑内障の有無等	550円 (税抜500-)
蜂抗体検査	血液検査(1gEシingleアレルゲン) ・スズメバチ・アシナガバチ・ミツバチの3種類あります。	1種類につき 1,430円 (税抜1,300-)

## 【備考】

- ①『※』のついている検査は、生活習慣病健康診断に含まれています。  
 ②がん検査は、がんが100%発見されるものではありませんので、予めご了承ください。

# 令和7年度 特殊健康診断 料金

## 【特殊健康診断】

健康診断名	検査項目	希望料金
有機溶剤健康診断 (トルエン) (キシレン)	①問診(既往歴・業務等) ②医師による診察 ③尿検査(尿中蛋白の有無) ④自他覚症状の有無の検査 ⑤代謝物検査(指定有機溶剤) ※使用溶剤によって項目・料金が変わります。	溶剤1項目につき 2,530円 (税抜2,300-)
特定化学物質健康診断 (エチルベンゼン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③エチルベンゼンによる眼の痛み、発赤、せき、咽頭痛、 鼻腔刺激症状、頭痛、倦怠感等の自他覚症状の既往歴 有無の検査 及び自他覚症状の有無の検査 ④代謝物(尿中マンデル酸)の測定	4,400円 (税抜4,000-)
特定化学物質健康診断 (スチレン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③スチレンによる健康障害等の自他覚症状及び既往歴有無 の検査 ④代謝物(尿中マンデル酸)の測定 ⑤肝機能、白血球数及び白血球分画の検査	4,400円 (税抜4,000-)
特定化学物質健康診断 (メチルイソブチルケトン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③メチルイソブチルケトンによる健康障害等の他覚症状及び自他 覚症状及び既往歴有無の検査	3,300円 (税抜3,000-)
特定化学物質健康診断 (溶接ヒューム)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③溶接ヒュームによる健康障害等の他覚症状及び自他覚症 状及び既往歴有無の検査 ④握力の測定	3,300円 (税抜3,000-)
石綿健康診断	①胸部レントゲン直接撮影 ②医師による診察(既往歴、業務歴の調査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査	2,530円 (税抜2,300-)
じん肺健康診断	①胸部レントゲン直接撮影 ②医師による診察(既往歴、業務歴の調査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査	3,080円 (税抜2,800-)
振動病健康診断	①問診(既往歴・業務等) ②医師による診察(触診・視診、既往歴・業務歴の調 査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ④血圧測定 ⑤末梢循環機能検査(爪圧迫・指温度) ⑥末梢神経機能検査(痛覚・振動覚) ⑦運動機能検査(握力/維持握力5回法)	11,000円 (税抜10,000-)

# 健康診断申込書

事業所名：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

連絡先：\_\_\_\_\_

健診種別	法定健診	雇入時健診	生活習慣病健診	合 計
人 数	名	名	名	名

※ 受診者氏名、健診種別等をご記入下さい。(当所HPに同様式を掲載しておりますので、ダウンロードしてご利用ください。)

<https://www.furano-cci.or.jp/>

※ 受診者数によって、ご希望の受診日時に沿いかねる場合がございます。

No.	受 診 者 氏 名	フリガナ	性別	健診種別	生年月日	受 診 希 望 日	受診希望時間	備 考
例	健 康 太 郎	ケンコウ タロウ	男	法定	H2.12.31	20日・21日・22日	AM・PM	
1						20日・21日・22日	AM・PM	
2						20日・21日・22日	AM・PM	
3						20日・21日・22日	AM・PM	
4						20日・21日・22日	AM・PM	
5						20日・21日・22日	AM・PM	
6						20日・21日・22日	AM・PM	
7						20日・21日・22日	AM・PM	
8						20日・21日・22日	AM・PM	
9						20日・21日・22日	AM・PM	
10						20日・21日・22日	AM・PM	
11						20日・21日・22日	AM・PM	
12						20日・21日・22日	AM・PM	
13						20日・21日・22日	AM・PM	
14						20日・21日・22日	AM・PM	
15						20日・21日・22日	AM・PM	

※行が不足する場合は、コピーしてお使いください。

◎オプション検査

氏 名	希望オプション検査

※ 健診日の10日～1週間前までに事業所へ受診票が発送されます。  
受診日当日までに必要事項(問診票)をご記入の上、会場にご持参ください。

申込書返信先 (Mail: fcci@furano.ne.jp、FAX: 0167-22-3120)