

組合員様

大阪府浴場国民健康保険組合

生活習慣病(循環器系) 予防健診のご案内 (35歳以上)

本組合は皆さんの健康管理の拡充強化につとめております。

近年、食習慣や運動習慣、休養の取り方、嗜好などの生活習慣ががんや脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧症等々、多くの病気を発症、進行に深く関わっていることが明らかになってきました。

日ごろから自分の健康状態を把握するとともに、定期的に健診を受け、生活習慣病の早期発見に努めることが大切です。

本年度も引き続き疾病予防の一環として、脳卒中・心臓発作・糖尿病・腎臓病・高血圧症・貧血などの予防のため実施いたします。

また、大腸がん検査に加え、今年度より各種オプション検査も実施しております。

35歳以上の被保険者の方々には積極的なご受診をいただきたくご案内を申しあげる次第でございます。40歳以上の方は特定健康診査の受診者となります。
(通院している方も対象です。)

◎ 検査項目

循環器検査	(1) 動脈硬化度測定 (2) 血圧 (3) 心電図 (4) 眼底検査 (5) 尿検査(糖・たん白・潜血)
血液検査	血清脂質検査 (1) LDLコレステロール (2) HDLコレステロール (3) 中性脂肪
	肝臓機能検査 (1) 総たん白 (2) AST(GOT) (3) ALT(GPT) (4) γ-GT (5) ALP (6) LDH (7) A/G比 (8) アルブミン
	腎臓機能検査 (1) 尿素窒素 (2) クレアチニン (3) 尿酸
	膵臓機能検査 (1) アミラーゼ
	糖尿病検査 (1) 空腹時血糖 (2) HbA1c
	貧血検査 (1) 赤血球数 (2) 白血球数 (3) 血色素量 (4) ヘマトクリット値
腫瘍マーカー	男性 PSA検査(前立腺特異抗原)
	女性 CA125(子宮内膜症、卵巣癌などで高値を示す検査)
大腸がん検査	(免疫学的便潜血反応2日法) 検査容器を送付しますので、ご自宅で便を採取していただき健診当日に持参していただきます。
胸部エックス線撮影(デジタル撮影)	
身体測定	身長・体重・腹囲測定・BMI(体格指数)
問診・診察	

◎ オプション検査 ※検査ごとに実施曜日がございますのでご確認をお願いします。

①胃部エックス線検査(バリウム)	バリウムを飲んでいただき、エックス線で胃部の写真を撮ります。胃の中を空にするため、前日の21時以降は検査終了まで飲食や喫煙はできません。また、午後は胃液が溜まってしまうため、 検査は各曜日の午前中のみとなります。
②マンモグラフィ検査	エックス線検査にて乳房の石灰化を描出し、病気の有無を検索します。 検査は月曜日終日と木曜日午後と金曜日午前の実施になります。
③子宮頸がん検査(医師採取法)	婦人科の女医による細胞の採取です。同時に内診による病気の有無を検索します。採取した検体は、異常細胞の有無を細胞診にて鏡検します。 検査は月曜日終日と金曜日午前の実施になります。

◎ 検査所要時間

1人 約45分

※オプション検査を希望される場合、追加でお時間をいただく場合がございます。

◎ 検査結果のお知らせ

検査結果は、検査後3週間で専門医による分析および総合判定を各受診者宛に送付します。

なお、異常が認められた方の中で希望される方については後日、専門医による事後指導(無料)を実施いたしますので健診機関までお問い合わせ願います。

◎ 検査日程

令和7年5月1日(木)～令和8年3月31日(火)

※土日・祝日を除く

健診時間：8:30～12:00・13:30～15:00

【週間スケジュール】

	月	火	水	木	金
午前	女性	男性	男性	男性	女性
お昼休み 12:30～13:30					
午後	女性	男性	男性	女性	男性

◎ 検査会場

一般財団法人 日本健康増進財団 大阪支部

大阪府中央区瓦町4-2-14 京阪神瓦町ビル2F

地下鉄御堂筋「本町」駅2番出口より徒歩1分

◎ 検査費用

全額国保組合負担(オプション検査も含む)

◎ 受診資格

35歳以上の被保険者

※受診資格がない方が受診された場合は、費用は自己負担になります。

◎ 申込方法

下記申込書に必要事項を記入のうえ、検査希望日の3週間前までに直接健診機関へお申送ください。(郵送またはFax)

後日、健診日約10日前までに健診機関より受診票(日時のお知らせ)地図を送付いたします。

◎ その他

* 他の生活習慣病健診または人間ドックを受診された方は、当健診を受診できませんので御了承ください。
* 年1回の受診のみです。(通院している方も年1回受診ください。)

◎ 健診機関 申込先及び 予約変更先 (お問い合わせ)

一般財団法人 日本健康増進財団

〒541-0048 大阪府中央区瓦町4-2-14 京阪神瓦町ビル2F

電話 06(7655)0070

FAX 06(7655)0022

生活習慣病健診申込書

〒 _____ 申込責任者 _____
住所 _____ 電話 _____

No.	フリガナ 受診者名	性別	生年月日	保険証記号番号	オプション ※希望の検査に○を記入する	検査希望日	
						第1	第2
1		男・女	S H . .	記号浴国 番号	①胃部エックス線検査 ②マンモグラフィ検査 ③子宮頸がん検査		
2		男・女	S H . .	記号浴国 番号	①胃部エックス線検査 ②マンモグラフィ検査 ③子宮頸がん検査		
3		男・女	S H . .	記号浴国 番号	①胃部エックス線検査 ②マンモグラフィ検査 ③子宮頸がん検査		
4		男・女	S H . .	記号浴国 番号	①胃部エックス線検査 ②マンモグラフィ検査 ③子宮頸がん検査		

※受診希望日が限定される場合は、その旨ご記入ください。

浴場国保

上記の情報は健診日時通知の作成・送付に使用し、それ以外に使用することはありません。