

生活習慣病健康診断のご案内

1. 日時

令和4年3月 13日(日) 受付時間/9:00~12:30
20日(日) 受付時間/9:00~11:30

2. 会場

※ 会場が、昨年の玉川区民会館から変更になります、お間違えの無いよう注意してください。

株式会社 ニッポンダイナミックシステムズ

〒154-0015 東京都世田谷区桜新町2-22-3 NDSビル

※交通案内 東急田園都市線:桜新町駅 下車 (西口より徒歩7分)



3. 検査項目

※一般健診

- ①胸部X線(直接撮影)②身体測定 ③視力 ④聴力(オーディオメーター)⑤血圧 ⑥尿検査(糖・蛋白)
⑦貧血検査(赤血球数・血色素量)⑧肝機能検査(AST・ALT・γ-GTP)⑨血中脂質検査(HDL-cho・中性脂肪・LDL-cho) ⑩血糖検査(血糖・HbA1c) ⑪心電図検査 ⑫腹囲測定 ⑬聴打診

基本の一般健診を受けて頂いた上で、別途料金にて胃部検査(1.ペプシノゲン検査)

(2.ヘリコバクター・ピロリ菌抗体検査)・腹部エコー検査・大腸ガン検査(便潜血反応)

腫瘍マーカー検査・眼底検査・子宮ガン検査(自己採取法)を受診することができます。

※ 新型コロナ感染対策として、受診時には必ずマスクの着用をお願いします。

※ 発熱、体調不良の方は、当日の受診することは出来ません。あらかじめご了承ください。

4. 検査料金

※料金は消費税(10%)を含んでいます。

検査項目	一般料金	法人会料金	検査項目	一般料金	法人会料金
一般健診	8,800円	5,280円	大腸ガン検査	1,100円	440円
ペプシノゲン検査	4,400円	2,420円	腫瘍マーカー検査	8,800円	5,500円
ヘリコバクター・ピロリ菌抗体検査	1,650円	1,100円	眼底検査	2,200円	1,100円
腹部エコー検査	5,500円	4,620円	子宮ガン検査	2,750円	1,430円

※腹部エコー検査は、午前中の検査となり、食事及び水分などは検査に影響しますので、お控えくださいますようお願い致します。又、検査は約10分程時間がかかります。

5. 検査内容

検査名	長 所	短 所
ペプシノゲン検査	採血で検査する。胃粘膜の萎縮(老化)の程度がわかる。胃の萎縮を伴う疾患(萎縮性胃炎・胃ガン・胃ポリープ)になり易いかを調べる。苦痛が少ない。	病気が実際にあるか見られない。病気があった場合、必ず他の胃の検査を受けることになる。バリウム検査をすればこの検査を合わせてしなくてもよい。
ヘリコバクター・ピロリ菌検査	胃がピロリ菌に感染しているかを血液で調べます。胃の中に存在するピロリ菌は胃潰瘍、十二指腸潰瘍などの消化性潰瘍、または慢性胃炎、胃ガン、胃のリンパ系の腫瘍などに深く関与しています。しかし、ピロリ菌に感染したからといって必ずしもこれらの病気にかかるとは限りません。胃の検査を補完する検査です。	

腹部エコー検査	人間の耳では聞き取れない音波を利用した検査で、身体への害は全くない上、痛みもありません。胆のう・肝臓・腎臓のガンやその他の疾患の早期発見に大変有効な検査です
腫瘍マーカー検査	ガンの早期発見を目的とした手軽な血液検査です。この検査は、CEA(胃ガン)・AFP(肝臓ガン)・CA19-9(膵臓ガン)・などの消化器系ガンや、PSA(前立腺ガン)・CA125(子宮ガン)などの多臓器のガンの早期発見に大変有効な検査です。
大腸ガン検査	消化管からの出血を調べます。消化管の潰瘍やガンの発見に役立ちます。
眼底検査	眼底の血管の状態を見て、動脈硬化の程度を調べます。又糖尿病・腎臓病・高血圧・脳出血の診断に役立ちます。
子宮ガン検査	膺分泌物中の細胞を調べます。子宮ガンの早期発見に役立ちます。

6. 申込締切日

※定員の規定はなし

令和 4 年 2 月 18 日 (金)

玉川法人会事務局 〒158-0094 東京都世田谷区玉川2-1-15

TEL 03-3707-8668 FAX 03-3707-4992

※別紙申込書にご記入の上、お申送ください。申込み確認後、TMGサテライトクリニック朝霞台より、検査に係る必要書類等を、事業所様に郵送致します。又、請求につきましては、健診結果と一緒に事業所様にお送りいたします。

7. 駐車場について

駐車場はご利用できませんので、お手数ですが、近くの有料駐車場をご利用頂きます様、宜しくお願い致します。

8. お問い合わせ

実施医療機関 TMGサテライトクリニック朝霞台

TEL 048-466-8066 FAX 048-451-5559



※FAX 03-3707-4992 にご送信ください。

令和4年 月 日

生活習慣病健康診断申込書

〒
住所

生活習慣病健康診断を下記のとおり受診者計 _____ 名

事業所名 _____

申込書計 _____ 枚で申し込みします。

電話番号 _____ FAX _____

※希望日に○印をして下さい。

※受診する項目に○印をして下さい。

希望日	氏名		性別	生年月日	年齢	一般	ペプシ	ピロリ菌	腹部エコー	大腸がん	腫瘍マーカー	眼底	子宮がん	備考	
	13日	20日				姓	名	男・女	西暦	年	月	日	才		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															

8名様以上申込みの場合は、お手数ですが複写してご使用ください。