

## 定期健康診断（法定健診）のご案内

長野赤十字病院 健診センター  
電話 026-226-5455（直通）

労働安全衛生法に基づく定期健康診断は、事業主の皆様には常時使用する従業員に対して年1回（2回）受けさせることが義務づけられております。  
長野赤十字病院における企業健診につきましては、以下のとおりとなりますので内容等をご確認の上お申込みくださいますようお願いいたします。

なお、労働安全衛生規則第43条による雇入時（新規採用時）健康診断は、内科外来にて実施しておりますのでご承知おきください。

○ 健診日 月曜日～金曜日（休診日除く） 9時～10時の間にご来院ください。

### ○ 検査内容

	料金（10%税込）	検査項目
定期健康診断①（法定） （35才以上の方対象）	14,300円	1. 身長・体重・視力・聴力検査・血圧測定 2. 胸部エックス線検査 直接正面 3. 貧血検査 赤血球・白血球・血色素 4. 肝機能検査 GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP 5. 血中脂質検査 HDL $\gamma$ ・LDL $\gamma$ ・中性脂肪 6. 血糖検査 糖・HbA1c 7. 尿検査 糖・蛋白 8. 心電図検査
定期健康診断②（法定）	6,600円	1. 身長・体重・視力・聴力検査・血圧測定 2. 胸部エックス線検査 3. 尿検査 糖・蛋白

\* 医師の診察はありません。また健診結果は当院の書式となります。

### ○ お申込みについて

- 1 健診センターあてにご予約のお電話をお願いします。  
（予約状況によりご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください）
- 2 日程確定後、定期健康診断（法定健診）申込書を健診センターあてにFAX願います。
- 3 健診料金につきましては、「受診者負担」の場合は、当日会計窓口9番または10番にてお支払いください。  
「会社負担」の場合は、原則月末締め翌月請求とさせていただきます。
- 4 原則検査項目は変更できません。ご了承ください。

### ○ 健診当日

- 1 当日は、西棟3階健診センター受付に9時～10時までにご来院ください。
- 2 健診結果（成績表）は、1週間後を目途にご本人様あてにご送付いたします。
- 3 スケジュールは別表のとおりとなります。

## 定期健康診断（法定健診）スケジュール

場 所	日 程	備 考
西棟 3階 健診センター受付	受付 身体計測 血圧測定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ スケジュール説明</li> <li>○ 問診カードに記入して受付に提出してください。</li> <li>○ 上履きに履き替え、センター内で身体、視力、血圧測定を各自測定し、出力用紙に名前を記入してください。</li> <li>○ 出力用紙を受付に提出してください。</li> <li>○ 以上終了しましたら下履きに履き替えて 2F 検査室受付へ</li> </ul>
2F 検査室受付 40番 41番	採尿・採血 心電図 聴力検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診察券を40番受付に提出して採尿と採血検査を受けてください。</li> <li>○ 採血後、41番受付に診察券・聴力結果票を提出して心電図を受けて下さい。</li> <li>○ 検査室前エレベーターを利用して1階31番受付へ</li> </ul>
1F 放射線部受付 31番	胸部写真	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診察券を31番受付に提出してください。</li> </ul>
	検査終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 撮影が終わりましたら放射線部受付で診察券を受け取ってお帰りください。結果は、後日ご本人様あてに送付します。</li> <li>□ お会計は中央ホール会計窓口9～10番窓口になります。</li> <li>□ お会計は後日結果表と併せて事業所に請求いたします。</li> </ul>

# FAX

年 月 日

## 定期健康診断（法定健診）申込書

長野赤十字病院 健診センター 行き

以下のとおり長野赤十字病院の定期健康診断（法定健診）を申込みます。

受診コース料金 (1名・消費税10%込)	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 ① 14,300 円	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 ② 6,600 円
受診者負担 (受診当日窓口支払)	<input type="checkbox"/> なし(全額事業所負担) <input type="checkbox"/> あり(                      円)	<input type="checkbox"/> なし(全額事業所負担) <input type="checkbox"/> あり(                      円)
連絡事項		

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男 女	歳	年 月 日
自宅住所	〒                      -                      自宅 ☎ (                      ) -                      -			

○ 検査結果によりご連絡をする場合があります。日中ご連絡可能な電話番号をご記入ください。

日中の 連絡先	①	②
------------	---	---

事業所名	
事業所 住所	〒                      -                      ☎ (                      ) -                      -