

## お申込みから受診までの流れ

- 1) 申込書に必要事項をご記入の上、姫路商工会議所 総務部 「簡易人間ドック」係へ、FAXにてお申し込みください。  
(希望日は先着順のため、ご希望に添えない場合があります。お早めにお申し込みください。)
  - ・健診日の3週間前までにお申し込みください。
  - ・1月の健診をご希望の場合は、年末年始を挟みますので、お早めにお申し込みください。
  - ・健診日は、第3希望日まで、または希望月・希望曜日を明記してください。
- 2) 姫路市医師会より電話にて確定日時をご連絡いたします。  
ご希望の日程に沿えない場合も日程調整のご連絡をさせていただきます。
- 3) 姫路市医師会より『受診票』と『検査キット (検尿・検便容器)』を送付いたします。  
事業所ごとにまとめて送付しますので、受診者の皆様への配布をお願いします。
- 4) 健診結果は姫路市医師会より、事業所ごとにまとめて郵送いたします。  
※健診結果に関してのお問い合わせは、姫路市医師会へお願いします。
- 5) 健診料は受診後に姫路市医師会より、事業所ごとにまとめて請求書を送付いたします。  
請求書は受診日の翌月下旬を目途に送付いたします。  
振込先は請求書にてご案内いたします。  
※なお、振込手数料は各自ご負担願います。

### 《注意事項》

- ① 受診日時の確定後、変更は姫路市医師会へお電話でご相談ください。
- ② 受診当日のオプション検査の追加・変更はできません。追加・変更は前日までに姫路市医師会へお電話でご相談ください。
- ③ 健診料を現金でお支払いいただくことはできません。受診後にお振込みをお願いします。  
受診当日のお支払いもお受けできませんので、ご了承ください。

## 申 込 先

姫路商工会議所 総務部 「簡易人間ドック」係  
〒670-8505 姫路市下寺町43番地  
TEL (079) 223-6552 【直通】 FAX (079) 288-0047

## 健診機関・問合せ先

一般社団法人 姫路市医師会 〒670-0061 姫路市西今宿三丁目7番21号  
TEL (079) 295-3337 「簡易人間ドック」担当

- 予約日時の変更は、各事業所の担当者からご連絡をお願いします。

令和5年度

# 簡易人間ドックのご案内

【2024年1月・2月実施分】

## 検査項目及び内容

基本検査 ※2020年度より胃部X線検査は基本検査項目外となりました。

1	計 測	身長・体重・腹囲・視力
2	聴 力 検 査	オーディオメーターによる(1000Hz・4000Hz)測定
3	胸部X線検査	肺結核と肺がんの早期発見、肺炎・肺気腫等の呼吸器系疾患の検査です。
4	大腸がん検査	便により消化管からの出血の有無を検査し、大腸がん等の疑いの有無を調べます。
5	心電図検査	不整脈や心筋梗塞等の有無を調べます。
6	眼 底 検 査	眼底の血管等を撮影し、眼の病気や高血圧症・動脈硬化症・糖尿病等の進行状況を調べます。
7	血 液 検 査	血液の検査から、脂質(高脂血症)、肝機能、腎機能、糖尿病及び貧血等の有無を調べます。

## オプション検査 (※別途料金)

- 胃部X線検査/レントゲン検査で、胃炎や胃潰瘍・ポリープ・がんの有無などを調べます。
- 腹部超音波検査/超音波で主として肝臓・胆のう・腎臓を調べます。各部位の腫瘍や脂肪肝・肝硬変・胆石・腎臓結石などの病変を検査します。
- 腫瘍マーカー検査/男性<CEA・CA19-9・PSA> 女性<CEA・CA19-9・CA125> シフラ

CEA	大腸・膵臓・肝臓・肺・食道・胃・胆道の各種がん及び腎不全・甲状腺機能低下症など
CA19-9	膵臓・胆管・大腸・胃・肝の各種がん及び膵炎・肝炎・肝硬変・糖尿病・胆道閉塞など
PSA	前立腺がん・前立腺肥大症・前立腺炎など
CA125	卵巣がん・子宮内膜症・子宮筋腫など
シフラ	肺がんなど

- 乳がん検査/マンモグラフィー(乳房X線検査)2方向の撮影から、乳房の異常の有無を調べます。※40歳以上の方のみ。
- 子宮がん検査/内診・子宮頸部細胞診により子宮頸がんの可能性の有無を調べます。※子宮体がん・卵巣がんは検査できません。
- 有機溶剤、じん肺健診等「特殊健康診断」のご希望があればお申し出ください。

## 《 申込時の注意事項 》

- 1) 受診者が多い場合は、申込書をコピーしてご記入ください。
- 2) ご提供いただいた情報は「簡易人間ドック」事業における受診者管理及び連絡等において利用させていただきます。
- 3) 確定受診日時を厳守してください。

**健診日**

健診希望日を、以下の■から第3希望まで、または希望月・希望曜日をお選びください。  
(全部で38日間)

2024 1						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

**健診場所**

姫路市医師会 本館2階 ※駐車場は無料です。  
(姫路市西今宿三丁目7番21号)

**受付時間**

8:00 ~ 10:30

**所要時間**

約60分 ~ 120分 ※混み具合、オプション検査の有無により時間に変動があります。

**健診料**

1名につき、次の料金になります(消費税込)。

会員料金	会員で生命共済加入者料金
12,800円	9,800円

※会員限定価格としてお安くしております。

※姫路商工会議所の生命共済(ひめっこ共済)制度ご加入者には、共済事業の補助が適用されます。

**オプション検査**

※以下の料金は、健診料と併せて請求いたします。

1名につき、次の料金になります(消費税込)。

※上記の基本健診料と別で料金が必要です。  
※会員限定価格としてお安くしております。

●胃 部 X 線 検 査

6,400円

●腫瘍マーカー検査

・男性 3,500円

●乳 がん 検 査

※40歳以上の方のみ。 5,600円

●腹 部 超 音 波 検 査

5,200円

●子 宮 がん 検 査

・女性 3,700円

●子 宮 がん 検 査

・シフラ 1,600円 5,100円

●有機溶剤、じん肺健診等「特殊健康診断」のご希望があればお申し出ください。

◎1年に1度は  
健康診断を受けましょう。



令和5年度 簡易人間ドック申込書【1・2月分】

姫路商工会議所 FAX:079-288-0047

(〒 - )	都 道 市 区 町 村	府 県	令 和 年 月 日
住所 :			(当所記入欄) 受付日
事業所名 :		申込責任者 :	
連絡先 :		当日緊急連絡先 :	
NO.			
《受診者合計 名》			

ご希望のオプションを  
↓○で困ってください

1	受診者名		希望日時(※2)					A 胃 部 X 線	B 腹 部 超 音 波	C 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 男	D 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 女	E 腫 瘍 マ ー カ ー ・ シ フ ラ	F 乳 が ん	G 子 宮 が ん	H 特 殊 健 康 診 断 (※3)
	か		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください												
		第一希望日	第二希望日	第三希望日											
		/	/	/											
生年月日		生命共済加入	性別	希望月	希望曜日										
S H		(※1) 有・無	男・女												

2	受診者名		希望日時(※2)					A 胃 部 X 線	B 腹 部 超 音 波	C 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 男	D 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 女	E 腫 瘍 マ ー カ ー ・ シ フ ラ	F 乳 が ん	G 子 宮 が ん	H 特 殊 健 康 診 断 (※3)
	か		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください												
		第一希望日	第二希望日	第三希望日											
		/	/	/											
生年月日		生命共済加入	性別	希望月	希望曜日										
S H		(※1) 有・無	男・女												

3	受診者名		希望日時(※2)					A 胃 部 X 線	B 腹 部 超 音 波	C 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 男	D 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 女	E 腫 瘍 マ ー カ ー ・ シ フ ラ	F 乳 が ん	G 子 宮 が ん	H 特 殊 健 康 診 断 (※3)
	か		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください												
		第一希望日	第二希望日	第三希望日											
		/	/	/											
生年月日		生命共済加入	性別	希望月	希望曜日										
S H		(※1) 有・無	男・女												

4	受診者名		希望日時(※2)					A 胃 部 X 線	B 腹 部 超 音 波	C 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 男	D 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 女	E 腫 瘍 マ ー カ ー ・ シ フ ラ	F 乳 が ん	G 子 宮 が ん	H 特 殊 健 康 診 断 (※3)
	か		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください												
		第一希望日	第二希望日	第三希望日											
		/	/	/											
生年月日		生命共済加入	性別	希望月	希望曜日										
S H		(※1) 有・無	男・女												

5	受診者名		希望日時(※2)					A 胃 部 X 線	B 腹 部 超 音 波	C 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 男	D 腫 瘍 マ ー カ ー ・ 女	E 腫 瘍 マ ー カ ー ・ シ フ ラ	F 乳 が ん	G 子 宮 が ん	H 特 殊 健 康 診 断 (※3)
	か		※第三希望日まで、または希望月・希望曜日を記入ください												
		第一希望日	第二希望日	第三希望日											
		/	/	/											
生年月日		生命共済加入	性別	希望月	希望曜日										
S H		(※1) 有・無	男・女												

※1 生命共済とは姫路商工会議所の「ひめっこ共済」を指します。

※2 受診日時が決まり次第、姫路市医師会よりお電話にてご連絡いたします。

※3 「H-特殊健康診断」ご希望の場合は、姫路市医師会より内容確認のためお電話いたします。

(キリトリ)