

主 催 土 岐 商 工 会 議 所
検査機関 一般財団法人
ききょうの丘健診プラザ

生活習慣病予防健康診断のご案内

「何の症状もないから自分は健康だ」と思っていませんか？

「生活習慣病」は、早期には自覚症状がなく、気づかぬうちに進行しているというケースが少なくありません。

会員価格で受診できますので、この機会にぜひ事業主様や従業員、ご家族の方々の健康管理にお役立てください。



◎実施時期 令和8年4月2日(木)～令和8年5月16日(土) (日曜日・祝祭日は除く)

◎健診時間 1人 約60分（受付から検査終了まで）

◎健診会場 (一財)ききょうの丘健診プラザ

◎検査内容 右面「検査の項目と内容」をご覧ください。
ご希望のコースに○印をお願いします。

◎費用 当日、ききょうの丘健診プラザ受付にて各自支払をお願いします。
尚、事業所一括振込をご希望の場合は、全員の健診終了後ご請求書をお送りします。
※申込書の一括振込を希望に○を付けてください。

会員(含家族、従業員)1人 17,600円(税込)
 胃部レントゲン末実施の場合、4,000円減額いたします。
 胃カメラへ変更の場合、5,500円追加となります

◎申込方法 申込書に必要事項を記入のうえ、土岐商工会議所宛へFAXにて申込ください。

送り先…FAX 0572-54-1188(土岐商工会議所)

5名様以上お申込の場合は申込書をコピーして頂くか、適宜別の用紙に記入してください。

この申込書は事業所の控えとしてコピーしておいてください。

◎申込締切日 令和8年3月6日(金)

お早めにお申込ください。

◎受診申込を頂きました方へのご案内は順次いたします。

〈申込み・問合せ〉

土岐商工会議所

TEL 0572-54-1131

FAX 0572-54-1188

〈健診についての問合せ〉

一般財団法人

きょうの丘健診プラザ

岐阜県土岐市土岐ヶ丘2丁目12番地の1

TEL 0572-56-0115



検査項目			生活習慣 予防健診	人間ドック
身体計測	身長、体重、腹囲		●	●
	体脂肪率			●
問診・医師診断	医師による問診、内科診察		●	●
生理機能	視力、聴力検査(1000Hz・4000Hz)、安静時心電図、眼底		●	●
	腹部超音波検査、眼圧、肺活量検査			●
レントゲン	胸部レントゲン		●	●
	胃部レントゲン		●	●
血液検査	肝機能	総蛋白、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、ALP	●	●
	脾機能	アルブミン、総ビリルビン、直接ビリルビン、LDH、アミラーゼ		●
	脂質	総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪	●	●
	腎機能	尿素窒素、クレアチニン	●	●
	痛風	尿酸	●	●
	糖代謝	血糖、HbA1c	●	●
	血清学	CRP、RF	●	●
		ASO		
	血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット	●	●
		血小板、血液像		
感染症	HBS抗原、梅毒検査(TP抗体、RPR)			●
尿検査	糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン	●		●
	pH、沈査			●
便検査	便潜血(2回法)		●	●
※オプション項目			PSA(前立腺がん検査)血液 50歳以上男性対象 ●料金 1,980円(税込)	
			胃力メラ ●料金 5,500円(税込)	
人間ドック			料金 33,000円(税込)	

申 込 書

土岐商工会議所行 FAX0572-54-1188

申込日 令和 年 月 日

事業所名		支払方法	一括振込を希望
所在地	〒 - TEL () -		
	FAX () -		

		該当項目に○をつけて下さい		R8.4.2～R8.5.16		
フリガナ		胃部レントゲン	する・しない	第1希望	第2希望	第3希望
氏 名	男	胃カメラ	変更する	／	／	／
	女	前立腺がん	する・しない			
	生年月日	年 月 日(歳)	人間ドック			
フリガナ		胃部レントゲン	する・しない	第1希望	第2希望	第3希望
氏 名	男	胃カメラ	変更する	／	／	／
	女	前立腺がん	する・しない			
	生年月日	年 月 日(歳)	人間ドック			
フリガナ		胃部レントゲン	する・しない	第1希望	第2希望	第3希望
氏 名	男	胃カメラ	変更する	／	／	／
	女	前立腺がん	する・しない			
	生年月日	年 月 日(歳)	人間ドック			
フリガナ		胃部レントゲン	する・しない	第1希望	第2希望	第3希望
氏 名	男	胃カメラ	変更する	／	／	／
	女	前立腺がん	する・しない			
	生年月日	年 月 日(歳)	人間ドック			
フリガナ		胃部レントゲン	する・しない	第1希望	第2希望	第3希望
氏 名	男	胃カメラ	変更する	／	／	／
	女	前立腺がん	する・しない			
	生年月日	年 月 日(歳)	人間ドック			

※申込書にご記入頂いた情報は健康診断の実施・運営をするききょうの丘健診プラザからの連絡に利用させていただきます。