

JAひすい 組合員総合健診のご案内

JAひすいと糸魚川総合病院は連携し、地域組合員の健康を守る応援をしています。

令和元年度 952名受診
(内女性部員 54名)

病気の早期発見、予防の第一歩として、組合員総合健診を実施しています。
検査料金の一部をJAと糸魚川総合病院が負担し料金設定をしています。
一般健康診断より、充実した検査項目となっていますので、是非この機会に受診してみたいかがでしょうか?なお、組合員でない方も受診できます。

★組合員総合健診申込書に追加となりました。

★血管ドック
★アミノインデックス

1. 期 間 令和2年12月10日～令和3年3月24日
(46日間) ※下記<健診日カレンダー>をご覧ください。
2. 受付時間 7:50～8:20 (子宮がん検診受診者～8:10)
(検診当日) ※検査は13:00までに終了予定です。
3. 会 場 糸魚川総合病院
健診センター すこやか (救急外来棟4階)
4. 申込方法 申込書をお近くのJA支店へ提出いただくか、
購買課へお申込み下さい。
※当日の追加申込はできません。
5. 申込開始日 9月8日(火)～
定員になり次第締め切りとなります。

6. 注意事項

- ① 一日の受診人数を限定する検査

腹部エコー検査	15名	} ミニドックとあわせて 受診いただける検査です。
乳がん検診	8名	
子宮がん検診	8名	
胃カメラ検査	7名	
血管ドック	3名	
- ② がん検診について、検診部位の病気で医療機関受診中の場合は、主治医の勧めがない限り検診はご遠慮ください。
- ③ 糸魚川市国民健康保険以外の特定健康診査受診券は、使用できません。
- ④ 健診当日の外来受診はご遠慮ください。
- ⑤ 受診日の変更は、受診日の5日前までとし、前日、当日のキャンセルは特別な事情がない限りご遠慮ください。また変更された場合は、オプション検査等を受診いただけない場合があります。

キリトリセン

< 健診日カレンダー >

※受診日決定の案内及び問診票等は10月中旬より順次郵送いたします。
※受診日については、ご希望にそえない場合があります。

12月(12日間) (○が健診日です)

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		

1月(7日間)

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月(12日間)

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						

3月(15日間)

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			

< ミニドック検査内容 >

- 問診 ●診察 ●身体測定 (身長・体重・BMI・腹囲・体脂肪)
- 血圧測定 ●視力・聴力検査 ●心電図検査 ●眼底検査 ●尿検査 (尿糖・尿蛋白・尿潜血・ウロビリノーゲン) ●血液検査: 血糖検査(空腹時血糖・ヘモグロビンA1c)、脂質検査(中性脂肪・総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール)、肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)、肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)、白血球・赤血球・血色素量・ヘマトクリット・血小板・腎機能検査(クレアチニン・推算糸球体濾過量)、リウマチ反応(RF)、尿酸 ●肺がん検査(レントゲン撮影) ●大腸がん検診(便潜血反応2日法)

注意事項

< 胃バリウム検査を申込みされる方へ >

- ※以下に該当される方はバリウム検査をご遠慮いただいております。
- 胃の疾患(潰瘍、胃炎など)がある方
治療中、または治療の詳細が不明な方は主治医にご相談ください。
 - 便秘がち、排便困難な方
 - 普段からむせやすい方
 - 大腸憩室、腸閉塞の既往のある方
 - ペースメーカーを装着中の方
 - 妊娠中、または妊娠の可能性のある方
 - バリウム検査にてアレルギー反応や、ショック症状のあった方
 - 難聴の方
 - 当日の血圧の数値や問診によって、検査が受けられない場合があります。

< 提供された個人情報の取扱いについて >

健診申込時の個人情報その他の情報内容(以下「提供情報」)は当JAが健診の目的でのみ利用いたします。当JAは提供情報を適切に管理し、正当な理由なく、この目的以外に提供情報を使用したり公開したりしないものとします。
ただし、糸魚川市へは健診の助成対象の確認と助成対象となった方の受診結果等を情報提供します。あらかじめご了承ください。
※健診を申込された方は、了承済みとさせていただきます。

<お申込先> JAひすい購買課 糸魚川市大和川436 TEL(通話料無料)0120-528-014 FAX 025-552-9380

検査内容	基本料金
①ミニドック ※検査内容については表面参照。 ～保健指導が必要な方には、健診当日に保健師からお話があります～ ★糸魚川市国民健康保険の特定健診対象者・糸魚川市に住所がある後期高齢者医療保険加入者は組合員及び同居家族2,500円・組合員以外6,500円となります。 ※今年度、既に市の助成のある特定健康診査(集団・施設)、人間ドックを受診した方は、右記の基本料金となります。	組合員及び同居家族 6,500円 上記以外 10,500円
②胃バリウム検査 バリウム(造影剤)を飲み、食道や胃、十二指腸内部の状態を調べるエックス線撮影検査です。 ※表面の 注意事項 をご確認の上、お申込みください。	500円
③胃カメラ検査 食道・胃・十二指腸の中を直接、内視鏡で観察します。検査医が必要と認めた場合、病理組織検査を行います(保険診療の為、別途料金が必要)。 ※胃カメラ検査は、胃バリウム検査で毎回精密検査になる方や胃手術後の方にお勧めいたします。	5,000円
④喀痰検査 3日間連続、早朝の痰を採取し、痰の中のがん細胞の有無を調べます。	2,000円
⑤骨密度検査 エックス線を利用して骨塩量を測定し、骨の丈夫さを調べます。	1,500円
⑥前立腺がん検診 血液で、前立腺の腫瘍マーカーを調べます。 ★糸魚川市のがん検診対象者は600円あるいは無料となります。 ※今年度、既に他機関で受診した方は、右記の基本料金となります。	1,000円
⑦腹部エコー検査 肝臓・胆のう・すい臓・腎臓・脾臓等の超音波検査です。	3,000円
⑧子宮がん検診 子宮頸がん検診(内診・頸部細胞診)と卵巣のエコー検査です。	3,000円
⑨乳がん検診 マンモグラフィーと呼ばれるエックス線撮影検査です。 ※40歳以上の女性に概ね2年に1回の検査をお勧めしています。なお、30歳未満の方は実施していません。 ★糸魚川市のがん検診対象者は2,500円あるいは無料となります。 ※今年度、既に他機関で受診した方は、右記の基本料金となります。	3,500円
⑩甲状腺ドック 血液検査でできる検査です。甲状腺のホルモンを調べます。	3,500円
⑪肝ドック 血液検査でできる検査です。肝炎ウイルスチェックとがんに時に上昇する腫瘍マーカーを調べる検査です。抗凝固剤(血液の流れを良くする薬)を服用中の方は検査の値が高くなる場合があります。	3,000円
⑫尿中ヘリコバクターピロリ 尿検査でできる検査です。ピロリ菌は胃潰瘍、十二指腸潰瘍、また胃がんの原因とも言われています。除菌治療をされた方は検査不要です。	1,000円
★ ⑬血管ドック 上腕と足首の血圧比と脈波伝播速度で血管年齢を調べます。また、心筋梗塞や脳梗塞の原因となる血栓症のリスクを調べる血液検査(Dダイマー)で動脈硬化のリスクを調べます。	5,500円
★ ⑭アミノインデックス 血中のアミノ酸濃度から、がん罹患しているリスクを評価する検査です。 男性AICS(5種)…胃がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん、膵臓がん 女性AICS(6種)…胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、乳がん、子宮がん・卵巣がん	22,550円

※上記以外のオプション検査の受付は健診当日に行います(検査内容や料金等は受診日決定の案内に同封します)。

JAひすい 購買課行き **JAひすい 組合員総合健診 申込書**
私は別記の〈提供された個人情報の取扱いについて〉に同意し、本健診を申込みます。

ふりがな		性別	ふりがな		性別
受診者名		男・女	受診者名		男・女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
住所	〒		住所	〒	
TEL	※固定電話がない場合は、携帯電話番号を記入ください		TEL	※固定電話がない場合は、携帯電話番号を記入ください	
JAの正・准組合員やその同居家族が、個人でJAひすい組合員総合健診を受診した場合の料金を、糸魚川総合病院より1,000円助成いたしますので、確認のため該当の区分にチェックしてください。④の方は組合員である家族氏名および続柄を記入してください(組合員区分は申込時点に限ります)。					
組合員氏名	組合員との続柄 ()			組合員氏名	組合員との続柄 ()
組合員区分	⑦組合員	①同居家族	⑨員外	組合員区分	⑦組合員 ①同居家族 ⑨員外
※女性部員のみ 女性部グループ名				※女性部員のみ 女性部グループ名	
希望日について、いずれかに○を付けて下さい。			希望日について、いずれかに○を付けて下さい。		
1. いつでも良い 2. 希望あり _____ 月 前半 後半			1. いつでも良い 2. 希望あり _____ 月 前半 後半		
検査項目	基本料金	希望欄に○	検査項目	基本料金	希望欄に○
①ミニドック	組合員 6,500円 員外 10,500円		①ミニドック	組合員 6,500円 員外 10,500円	
②胃バリウム検査	500円		②胃バリウム検査	500円	
③胃カメラ検査	5,000円		③胃カメラ検査	5,000円	
④喀痰検査	2,000円		④喀痰検査	2,000円	
⑤骨密度検査	1,500円		⑤骨密度検査	1,500円	
⑥前立腺がん検診	1,000円		⑥前立腺がん検診	1,000円	
⑦腹部エコー検査	3,000円		⑦腹部エコー検査	3,000円	
⑧子宮がん検診	3,000円		⑧子宮がん検診	3,000円	
⑨乳がん検診	3,500円		⑨乳がん検診	3,500円	
⑩甲状腺ドック	3,500円		⑩甲状腺ドック	3,500円	
⑪肝ドック	3,000円		⑪肝ドック	3,000円	
⑫尿中ヘリコバクターピロリ	1,000円		⑫尿中ヘリコバクターピロリ	1,000円	
⑬血管ドック	5,500円		⑬血管ドック	5,500円	
⑭アミノインデックス	22,550円		⑭アミノインデックス	22,550円	

※受診日についてはご希望にそえない場合があります。

キ
リ
ト
リ
セ
ン