

健康診断のお知らせ

<健診日時>

令和6年6月6日(木)・7日(金)

午前の部 受付 9:00~11:30(A・Bコース)

午後の部 受付 13:00~14:30(A・Bコース)

<健診会場> 成田国際文化会館 1F 小ホール

<健診内容>

A コース 法定	問診・身体測定・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部レントゲン・心電図 血液検査(肝機能、血中脂質、糖代謝検査、貧血検査)
B コース 生活習慣病	問診・身体測定・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部レントゲン・心電図 便潜血、 胃がんリスク検診(血液:A B C検診) 血液検査(肝機能、血中脂質、糖尿病確定検査、貧血検査、腎機能、痛風)

<健診料金>

(消費税10%税込)

検査コース	会員様 健診費用	小規模事業者等会員様 健診補助額	小規模事業者等会員様 負担額
A コース 法定	¥8,800	¥1,100	¥7,700
B コース 生活習慣病	¥15,400	¥1,650	¥13,750

*小規模事業者とは従業員規模が工業・建設等20名以下、商業・サービス等は5名以下の事業者です。

補助の対象となる人数は当所に登録してある従業員数の人数を限度とさせていただきます。

<オプション検査> *Cコース以外は血液検査です。

(消費税10%税込)

<Cコース> 腸内フローラ検査(腸内細菌検査・自宅で出来る便検査)	¥15,400
<Dコース> C型肝炎検査(C型肝炎ウイルス抗体を調べる検査)	¥1,980
<Eコース> 腫瘍マーカーPSA(前立腺がん検査)男性のみ	¥1,980
<Fコース> 腫瘍マーカーCA15-3(乳がん検査)女性のみ	¥1,980
<Gコース> 腫瘍マーカーCA125(卵巣がん検査)女性のみ	¥1,980
<Hコース> 腫瘍マーカーAFP(肝臓がん検査)	¥1,980
<Iコース> 腫瘍マーカーCA19-9(消化器がん検査)	¥1,980

※腫瘍マーカーとは採血だけで行える検査です。体内にがん細胞が出来ると血液中に特有の物質が流出します。その物質を測定し、がんを察知するものが腫瘍マーカー検査です。ただし、慢性の炎症や良性疾患、喫煙等にも反応する場合があります。結果が陽性であっても100%がんとは断定出来ません。陽性の場合は医療機関にて精密検査を受けて下さい。

※Cコース 腸内フローラ検査は成田商工会議所特別価格となっております。(通常19,800円)

~~~~~

## <お知らせ>

今年度も引き続き感染症予防の観点から、皆様に安心して受診頂けますよう感染防止対策を実施の上で健康診断を実施致します。

健康診断のご希望時間のお申し込みは、先着順とさせていただきます。定員は1枠(30分ごと)15名迄とし定員になり次第別枠への変更等をお願い致します。あらかじめご了承ください。

申し込み状況により、日時の変更・お断りする場合がございます。あらかじめご了承ください。

今回のBコース健診は、血液検査であるため、午後の受診も可能です。

~~~~~

<お願い>

感染症予防対策として下記の通り、ご理解とご協力をお願い致します。

- ・ 37.5℃以上熱がある方は受診を見合わせてください。
- ・ 当日体調が悪い場合は受診を見合わせてください。
- ・ **マスクを着用しての受診をお願い致します。** (ご本人様をご用意)

※厚生労働省より、令和5年3月13日から「マスクの着用は個人の判断が基本となる」との方針が示されましたが、医療機関でのマスクの着用は推奨されています。健診会場には、高齢者や妊婦、基礎疾患を有する方など、重症化リスクの高い方もおられます。ご自身や周囲の方を感染から守るため、引き続き健診会場でのマスクの着用をお願い致します。

- ・ 健診前に消毒液で手指の消毒をお願い致します。(会場に準備してあります)
- ~~~~~

<会場での健診機関の対応>

感染症予防対策として、下記の徹底をいたします。

- ・ スタッフのマスク着用・手指消毒
 - ・ 検査機器・机・椅子などの適時消毒と換気
 - ・ 受診者様が直接触れる検査機器は、可能な限り使用するたびに消毒
 - ・ 下記に該当するスタッフの勤務停止
 - ☐ のどの痛み、咳などの風の症状や嗅覚、味覚の低下といった症状がある場合
 - ☐ 37.5℃以上の発熱がある場合
 - ☐ 新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との接触がある場合
- ~~~~~

<健康診断前の飲食について>

基本検査前10時間は飲食を控えてください。※飲食により血液の結果など影響があるためです。

糖分の含まれない【飲み物(水・お茶など)】は摂取していただいて結構です。

午後受診の方は基本同様となりますが、検査前6時間以上あけて消化の良い物を軽くであれば食べても結構です。

服薬がある方は健康診断前に主治医にご相談ください。

~~~~~

## <ABC検診（胃がんリスク検診）とは>

### 胃がんリスク層別化検査（ABC分類）とは

胃粘膜萎縮マーカーのペプシノゲン検査と胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃がんの主な原因と考えられているヘリコバクター・ピロリ抗体検査を組み合わせることで胃の健康度をA・B・C・Dで分類するのが**胃がんリスク層別化検査（ABC分類）**です。胃の健康度に応じて内視鏡による精密検査を行うなど、効率的に検診を行う方法です。



#### ペプシノゲン検査

「ペプシノゲン」という物質の血中濃度を測定することで胃粘膜の健康状態（萎縮）の状態を客観的に調べる検査です。

#### ヘリコバクター・ピロリ抗体価検査

胃がピロリ菌に感染していないかを調べる検査。ピロリ菌は胃酸の分泌や胃粘膜の免疫能の働きが不十分な幼少期（4～5歳）頃に感染すると考えられています。子供のころに感染しなかった場合、大人になってから感染することは稀だと言われています。

## <腸内フローラ検査とは>

そのカラダのお悩み

### 腸内フローラ検査で解決のヒントを見つけませんか？

こんな方におすすめです

- お肌の調子が悪い
- 便秘がひどい
- アレルギーが多い
- 肥満が気になります
- 腸内環境を整えたい
- 免疫力を高めたい

腸内フローラ検査サービス **Mykinso Pro** マイキンソープロ

検査実績数 国内 No.1 累計検体数 10万検体以上

マイキンソー管理栄養士による、あなたの腸内環境に合った食事や生活改善アドバイスつき

「腸活ご相談コール」でマイキンソー管理栄養士に直接検査結果や腸活について電話相談ができます

腸内フローラについては二次元コードから（画像）

あなたの腸内環境を **A・Eの5段階**で判定

検査結果の詳細イメージは裏ページへ

よくあるご質問

Q 検査でどんなことがわかりますか？  
 A 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。検査結果は、腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。検査結果は、腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

Q 検査結果は紙ですか、webですか？  
 A 紙とwebの両方で提供します。紙の検査結果は、検査結果の紙とwebの両方で提供します。紙の検査結果は、検査結果の紙とwebの両方で提供します。

Q 検査結果を報告できない人はいますか？  
 A 検査結果を報告できない人はいます。検査結果を報告できない人はいます。検査結果を報告できない人はいます。

### 検査結果レポートイメージ（一部抜粋 中全ページ）

腸内フローラ判定  
 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

疾患別リスク判定  
 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

改善アドバイス  
 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

健康寿命判定  
 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

有用菌/悪玉菌の割合  
 腸内フローラの状態や腸内環境の健康リスクを判定します。

腸内フローラ検査を受けられた方へ

### 腸活ご相談コール ☎ のご案内

結果を報告して、腸活に役立てたい。自分に合った腸活プランについて相談したい。

そのご質問、管理栄養士がお答えします！  
 コールまたはお電話にてご予約ください

ご予約の電話 050-3627-0725  
 予約受付時間 10:00～17:00（土日、祝日、年末年始を除く）

この相談コールの予約料金は、検診1回につき1000円（税別）です。検診1回につき1000円（税別）です。検診1回につき1000円（税別）です。

ご予約の電話 050-3627-0725  
 予約受付時間 10:00～17:00（土日、祝日、年末年始を除く）

○検査後は専用相談窓口で管理栄養士にご相談

#### <検査の流れ>

- 1: 成田商工会議所にお申込み
- 2: 申込された方の受診票に同封の申込書を健診当日受付に提出
- 3: 検査キットお渡し
- 4: 自宅で採取
- 5: ポストに投函
- 6: ご自宅等、指定先に結果を送付

#### <検査の詳細>

Mykinso マイキンソープロ  
<https://mykinso.com/>

#### <ご注意>

お申込みいただき、健診当日検査キットをお渡しますと、検査費用が発生いたします。

令和 6 年 月 日

令和6年度 健康診断申込書

成田商工会議所 御中

事業所在地 〒 - 成田市 TEL - -

事業所名 ★請求書及び検査キット郵送先（事業所在地と別の場合）

代表者名 別の場合の郵送先

業種 工業・建設業・商業・サービス業 従業員数 名  
※受診者数ではありません

注：FAXにてお申込みの際は、お手数ではございますがFAX後  
成田商工会議所事務局に電話連絡をお願い申し上げます。

\*健診希望日およびコースに○を付けて下さい。

健診日：6月 6日（木）・7日（金）

| No. | カナ       | 氏名    | 性別 | 生年月日       | 健診希望日 |   | 希望<br>時間 | コース |   | オプション |   |   |   |   |   |   |  |  |
|-----|----------|-------|----|------------|-------|---|----------|-----|---|-------|---|---|---|---|---|---|--|--|
|     |          |       |    |            |       |   |          | A   | B | C     | D | E | F | G | H | I |  |  |
| 例   | ケンコウ タロウ | 健康 太郎 | 男  | 1970.12.10 | 6     | 7 | キ        | ○   |   | ○     |   | ○ |   |   |   |   |  |  |
| 1   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 2   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 3   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 4   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 5   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 6   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 7   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 8   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 9   |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |
| 10  |          |       |    |            | 6     | 7 |          |     |   |       |   |   |   |   |   |   |  |  |

希望時間については下記よりお選び頂き記号でご記入ください

（各時間の定員は先着15名です）

ア 9時00分 イ 9時30分 ウ 10時00分 エ 10時30分 オ 11時00分 カ 11時30分  
キ 13時00分 ク 13時30分 ケ 14時00分 コ 14時30分

※予約状況によっては日時の変更をお願いする場合があります。

\*本申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、受診票・結果作成、案内郵送の目的のみ使用致します。  
個人情報の取り扱いには細心の注意を払い漏洩無きよう管理致します。

<申込締切>

令和 6 年 5 月 10 日（金）まで

<申込先>

成田商工会議所事務局 FAX 0476-22-2107  
TEL 0476-22-2101

<お支払い方法>

振込（健診終了後、成田商工会議所より請求書をお送りさせていただきます。）

<健診実施医療機関名>

一般社団法人 日本健康倶楽部 千葉支部

佐倉市井野1479番地 TEL:043-310-7882

|   |                        |
|---|------------------------|
| A | 定期健康診断コース              |
| B | 生活習慣病コース               |
| C | 腸内フローラ検査（腸内細菌）         |
| D | C型肝炎ウイルス検査（HCV抗体）      |
| E | PSA（血液による腫瘍マーカー）※男性    |
| F | CA15-3（血液による腫瘍マーカー）※女性 |
| G | CA125（血液による腫瘍マーカー）※女性  |
| H | AFP（血液による腫瘍マーカー）       |
| I | CA19-9（血液による腫瘍マーカー）    |

※C：腸内フローラ検査はお申し込みいただいた方の受診票に申込書を同封いたします。  
健診当日申込書を受付に提出いただき、検査キットをお渡します。