

令和 7 年 8 月 吉日

会 員 殿

(一社) 東京都トラック協会深川支部

支 部 長 高橋 圭一郎

(一社) 東京都トラック協会城東支部

支 部 長 浅野 利幸

令和 7 年度秋 (1 0 / 2 4) 定期健康診断の実施について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度秋の検診につきましては、深川支部、城東支部両支部会員を対象に、別紙内容にて実施を予定させていただきますので、この機会を活用し、労働安全衛生規則に定められております従業員の疾病予防となる健康管理に進んで受診されますようご配慮方、宜しくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 診断日程及び会場 令和 7 年 1 0 月 2 4 日 (金)
江東区文化センター 2 階 展示室
江東区東陽 4 - 1 1 - 3
2. 検 診 機 関 協会が契約する指定検診機関：医療法人社団 同友会
3. 診断科目・受診料 (消費税 10 % 込)
 - (1) 定期健康診断 : 1 人 8 , 0 3 0 円
 - (2) オプション検診 (希望者のみ) : 別紙をご参照下さい。(注 1) 受診料金のお支払については、検診結果が送付された後、東ト協本部「健康診断助成金」(受診者数×2, 0 0 0 円但し年間を通じ、車両登録台数分の人数までとし、車両数 3 0 台以上の会員は、3 0 名分迄を上限とする)を差し引いた金額にて、検診機関よりご請求致します。
4. 申込・受診方法等
 - (1) 所定の申込書に記載の上、お申込下さい。
※ オプション検診 (希望者のみ) をご希望の方は申込書の氏名の前に、ご希望の検査名 (記号) をご記入下さい。

- (2) 現場の混雑を避けるため、検診機関並びに会場からの要請に基づき、特に次の点を留意して実施致しますので、ご理解とご協力をお願い致します。

※ 申込み受付人数は先着順に１００名程度とさせていただきます。

(予約の可否につきましては追って支部事務局よりご連絡致します)

※ 事前申込が無い方は原則として受付を致しません。

※ 予約後のキャンセルは事前に事務局宛ご連絡をお願い致します。

※ 体調不良の方は受診を控えて下さい。

※ 混雑緩和のための誘導等を行う際にはご協力をお願い致します。

(3) 申 込 期 限 (厳守)

- ・ ９月１６日（火）まで

※ 事前準備の都合上、上記期限を過ぎての申込みは原則として受理致しかねます。

5. 診断結果につきましては、検診機関より、直接会員事業所に「健康診断結果のお知らせ」を郵送いたします。

6. その他注意事項

- ◎ 血液検査の内容を厳格化する為「空腹時血糖検査」にて実施致しますので、受診される方は次の事項に十分ご注意下さい。

・ 前日の夕食は通常通りおとり下さい。

・ 当日の食事は受診時間の８時間前迄に済ませて下さい。

※以降健診が終わるまで禁食！水（糖分不可）は通常通りお飲み下さい。

- ◎ メタボリックシンドロームに関する検診項目を実施致します。（費用の追加はございません）

- ◎ 駐車場がございませんので、他の交通機関をご利用下さい。

- ◎ ご不明の点がございましたら支部事務局までお問合せ下さい。

また、城東支部ホームページにも案内（申込書）を掲載致します。

電 話 ０３－３６９９－７０８３

F A X ０３－３６９９－７０９８

メール totokyo-jyoto@festa.ocn.ne.jp

令和 7 年度秋（10 / 24）

健康診断日程表

実施日	実施時間	会場
令和 7 年 10 月 24 日（金）	午後 3 時 00 分～午後 7 時 00 分 （受付は午後 6 時 30 分迄）	<u>江東区文化センター</u> <u>2 階 展示室</u> 江東区東陽 4－11－3

（注）

- ① 緊急連絡先：城東支部 松下携帯 090－3524－0340
- ② 公共交通機関をご利用下さい。

診断内容及び料金

1 人当り 8,030 円（税込）

- ① 既往歴及び業務歴の検査
- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長、体重、視力、聴力の検査
- ④ 胸部 X 線検査
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）
- ⑦ 血液検査（9 種類）
- ⑧ 心電図検査、腹囲検査

・オプション検診（希望者のみ）

※ご希望の方は、ご希望の検査の記号を申込書に記入して下さい。

（ア）眼底検査：眼底の血管を撮影し、視神経や網膜、網膜血管を評価

1 人当り 1,650 円（税込）

（イ）前立腺検査：前立腺癌の早期発見のため血液検査で確認

1 人当り 3,080 円（税込）

（ウ）胃・十二指腸検査：胃癌のリスク検診としてペプシノーゲン・ピロリ菌
の検査を血液検査で確認

1 人当り 4,620 円（税込）

（エ）動脈硬化検査：心筋梗塞、脳梗塞のリスクを血液検査で確認

1 人当り 3,080 円（税込）

（オ）大腸癌検査：便潜血検査（2 回法）による大腸癌検査

1 人当り 2,200 円（税込）