

フリガナ  
氏名  
または  
貴社名

〒 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_  
所在地 FAX ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ  
ご担当者名

項目No	検査項目名	税込 検査料金	件数	金額計	項目No	検査項目名	税込 検査料金	件数	金額計
①	大腸がん検査(便潜血2日法)	2,950円	件	円	④	胃検査(ピロリ菌抗体検査)	3,560円	件	円
②	子宮頸がん検査(HPV検査)	4,990円	件	円	⑤	前立腺がん検査(PSA検査)	3,560円	件	円
③	胃検査(ペプシノゲン検査)	3,560円	件	円	合計			件	円

受診者リスト (FAX 又は 郵送で申込書をご送付ください)

受診希望の項目を○で囲んでください

※受診者が多い場合は、本申込書をコピーしてお使いください。  
※原則として容器一式は上記事業所への一括郵送となります。

申込み者の情報をご記入 (結果送付先住所はアパート・マンション名、部屋番号をはっきりとご記入ください。)				検査項目
フリガナ		住所	〒 _____	<input type="checkbox"/> 1 大腸がん検査 <input type="checkbox"/> 2 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 3 ペプシノゲン検査 <input type="checkbox"/> 4 ピロリ菌抗体検査 <input type="checkbox"/> 5 前立腺がん検査
1 氏名		結果送付先		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください ( ) _____	
性別	男・女			
フリガナ		住所	〒 _____	
2 氏名		結果送付先		<input type="checkbox"/> 1 大腸がん検査 <input type="checkbox"/> 2 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 3 ペプシノゲン検査 <input type="checkbox"/> 4 ピロリ菌抗体検査 <input type="checkbox"/> 5 前立腺がん検査
生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください ( ) _____	
性別	男・女			
フリガナ		住所	〒 _____	
3 氏名		結果送付先		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください ( ) _____	
性別	男・女			

お問合せ・お申込みは

一般財団法人日本健康増進財団 浅草橋支部

〒111-0053 東京都台東区浅草橋2-25-7 長島エレガンスビル 3F

TEL 03-5687-5531

FAX 03-5687-5538

上記の申込書に記載の個人情報は、容器・請求書送付、検査結果報告、それに伴う統計・分析、翌年の受診案内の範囲に限定されて使用されます。

# ご自宅で受けられる がん予防検査

【2020年度版】

年に一度は  
がん検査

組合員ならびに組合事業所の職員および家族の皆様へ

時下益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。  
本年も皆様へ「郵送によるがん予防検査」をご案内いたします。  
郵送検査はお忙しい方でも病院へ行かずに自宅で手軽に行えるメリット  
があり、「早期発見・早期治療」につながる予防健診です。

本郵送健診は、医療機関が実施していますので  
安心してご利用いただけます。



子宮頸がん検査は、今年から

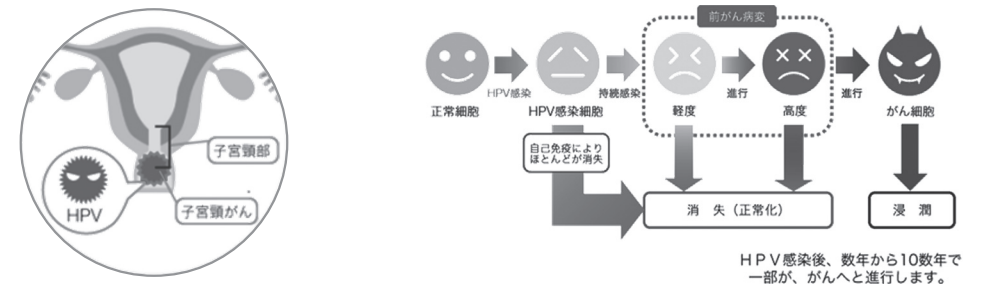
『ヒトパピローマウイルス(HPV)検査』

NEW!

に変更します。

◆子宮頸がんはHPVの感染により発症します

子宮頸がんは、性交渉によって感染するHPVというごくありふれたウイルスが原因です。  
感染しても多くの方は自分の免疫力でウイルスを排除できます。ところが、約10%の人が、  
ウイルスを排除できずに感染が持続してしまい、一部の人でその細胞が変化します。  
この状態を「異形成」といいます。異形成は平均5～10年かけて徐々に子宮頸がんへ進行します。



高リスクHPVが陽性の場合には・・・

医療機関で細胞診検査を行って、現時点で細胞異常があるかどうかを確認します。  
細胞異常があればその程度に応じて治療を行います。細胞異常がない場合には、  
定期的にHPV検査を行って、HPVが持続感染するかどうかを確認します。

東北税理士協同組合

# 1 検査項目・料金（消費税・送料込み）

## ①大腸がん検査（便潜血2日法） 料金 2,950円

2日分の便を採取して、便に混じったわずかな血液の有無を調べます。

肛門からの一時的な出血により、結果が陽性になることもあります。大腸ポリープや大腸がん等の病気も否定できません。必ず精密検査を受けましょう。



## ②子宮頸がん検査（高リスクHPV検査） 料金 4,990円

自己採取により子宮の入口から細胞を拭い、HPVに感染しているか調べる検査です。

感染している場合、よりリスクの高い(16型・18型)かどうかわかります。

注)女性のみ申込可、妊娠中の方はご遠慮ください。



## ③胃検査（ペプシノゲン検査） 料金 3,560円

胃がんとの関連性が高い胃粘膜萎縮の状態をチェックします。

定期的に胃の萎縮度をチェックしたい方におすすめです。

注) 食道・胃・十二指腸疾患で治療中、経過観察の方、胃酸を抑える薬を服用されている方（H2ブロッカー、市販薬を除く）、胃を切除している方、腎機能障害の方は正しい結果が得られない可能性がありますので本検査のご利用をお控えください。



## ④胃検査（ピロリ菌抗体検査） 料金 3,560円

胃がんの主な原因であるヘリコバクターピロリ菌の有無をチェックします。

注) 既にピロリ菌の除菌治療をされた方は正しい結果が得られない可能性がありますので本検査のご利用をお控えください。



## ⑤前立腺がん検査（PSA検査） 料金 3,560円

血液中のPSA値を測定します。PSAは前立腺に特異的で異常値の場合は効率的に前立腺がんを見つけることができます。

注) 前立腺炎・前立腺肥大や前立腺の刺激によって高値を示すことがあるため、高値の場合は泌尿器科をご受診ください。

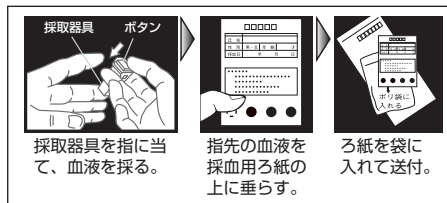


# 2 検査共通の特徴

- ①食事制限は一切ありません。
- ②組合員ならびに組合員事業所の職員とその家族も特別料金で受けられます。
- ③病院等と同じ検査法を選び、検査精度の高いものを採用しています。
- ④自宅で手軽に安心して検診が受けられます。病院や検診会場に行くのが面倒という方、お忙しい方に最適です。
- ⑤検査結果は受診者個人宛に親展にて直接送付します(秘密が守られます)。

③④⑤の検査は自己採血(血液をろ紙に垂らす)となります

### 胃がん検査・前立腺がん検査の採取方法



# 3 実施要項

**対象者** 組合員ならびに組合事業所の職員および家族

**申込方法** 裏面の申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはファクシミリにて下記までお申し込みください。

一般財団法人日本健康増進財団 浅草橋支部

〒111-0053 東京都台東区浅草橋2-25-7 長島エレガンスビル 3F

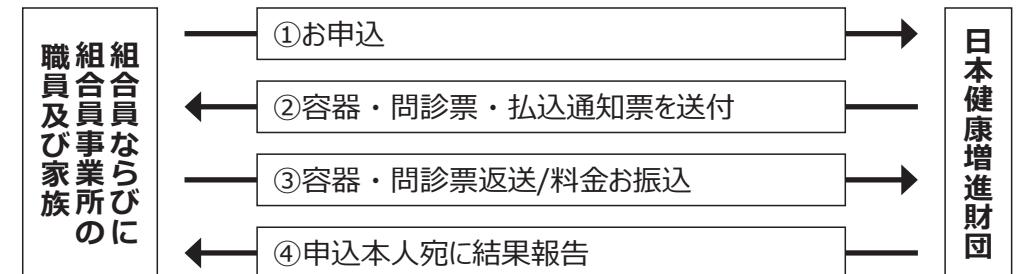
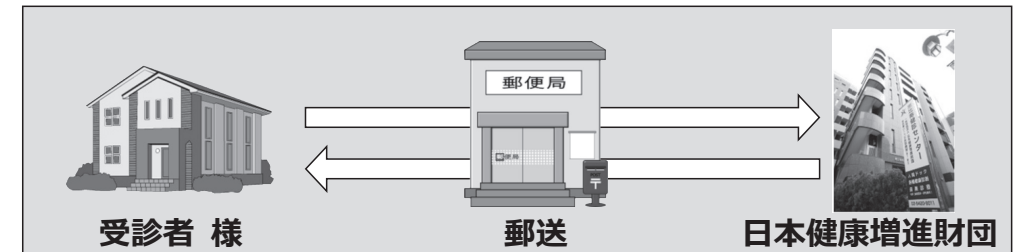
TEL 03-5687-5531 FAX 03-5687-5538

**申込から  
検査結果  
報告まで**

・お申込書受領から約3週間以内に検査容器一式を一括して事業所様宛に送付しますので、対象者に検査容器をお配り願います。速やかに検体を採取後、容器を同封の専用封筒にてご返送ください。

※お申込後、3週間を経過しても容器がお手もとに届かない場合は、念のためご連絡ください。

・検査料金は同封の払込通知票にてお振込ください。



### ○検査機関



一般財団法人日本健康増進財団

恵比寿ハートビル診療所（恵比寿健診センター）

上記検査機関は医療機関でもあり、守秘義務を負っています。受診者の氏名・住所の他検査結果等の個人情報のセキュリティ対策には万全を期しています。

### ○結果報告



- ・採取済容器のご返送後、約3週間ほどで受診者個人宛に検査結果を親展にてご報告します。
- ・尚、報告書のお届け日は項目によって前後することがございますのであらかじめご了承ください。
- ・所見のあった方には、診療所長名で「診察お願い文書」を同封しますので、それを持って専門医にご相談下さい。

### ご 注 意

容器郵送後3ヶ月間受診されなかった場合は、自動的にキャンセルされたものとして処理させていただきます。その際、容器代および手数料として(1項目あたり1,000円)を申し受けさせていただきます。