

健康診断について

1 定期健康診断

(1) 実施機関

結核予防会「かながわクリニック」

住所：横浜市中区元浜町4-32 県民共済馬車道ビル3F・4F

(2) 実施の時期

次の8日間のうちからご希望の日を選んでいただき、調整のうえ、決定します。

- ・令和6年5月16日（木）、5月17日（金）、5月20日（月）、5月21日（火）
5月22日（水）、6月18日（火）、6月19日（水）、6月20日（木）のいずれも午前中。

※上記の日は、一般の方も受診されます。

※上記の日にご都合の悪い場合は、他の日を調整しますので、総務課にご相談ください。

(3) 検査項目

胸部X線撮影、胃部X線撮影（バリウム検査）、心電図検査など「一般の人間ドック」と同様です。

(4) 検査費用

検査費用の2分の1の額を受診時にお支払いいただきます。

（検査費用の半額が県の補助となります。ただし、個人的に別添のオプション検査を追加した場合は、その費用は全額ご本人の負担となります。）

| | |
|--------------------|---------|
| ア 一般健康診断 | 20,150円 |
| イ 一般健康診断（胃部検査を除く。） | 17,600円 |
| ウ 婦人科健診 | 4,150円 |

(5) 申込み方法

別添「令和6年度定期健康診断調査票」に受診希望日などをご記入のうえ、4月10日（水）までに控室職員または総務課にご提出ください。

2 人間ドック及び脳検査

定期健康診断とは別に、ご希望により他の医療機関で、人間ドック及び脳検査を受診することができます。

(1) 検査費用

検査費用の3分の2の額を受診時にお支払いいただきます。

（検査費用の3分の1が県の補助となります。ただし、検査費用が次の額を超える時は、その超える額は全額ご本人の負担となります。）

- ア 脳検査を含む人間ドックについては13万円
- イ 脳検査を含まない人間ドックについては8万円
- ウ 脳検査のみの場合は5万円

例) 脳検査を含む人間ドックで検査費用が15万円の場合

県補助分：130,000円 × 1/3 = 43,300円（百円未満切捨て）

13万円までの本人負担分：130,000円 - 43,300円 = 86,700円

13万円を超える分の本人負担分：150,000円 - 130,000円 = 20,000円

本人負担分：86,700円 + 20,000円 = 106,700円

(2) 申込み方法

受診を希望する方は、受診前に別紙「人間ドック受診申込書」を総務課にご提出ください。総務課で希望医療機関との契約を締結した後に受診していただくこととなります。

（契約締結前に受診された場合、補助ができなくなります。）

令和6年度 神奈川県議会議員定期健康診断 検査項目表

| 検査項目 | 実施の有無 | 備考 | |
|-------|----------------|----------------------|---------------------------|
| 身体測定 | ○ | 身長・体重・BMI・体脂肪率・腹囲 | |
| 問診・診察 | ○ | 問診・既往歴・自覚症状 | |
| 呼吸器 | 胸部X線(直接) | ○ | 大角2枚(正面・側面)・心胸比測定 |
| | 肺機能 | — | |
| | 喀痰細胞診 | — | |
| 循環器 | 血圧測定 | ○ | |
| | 心拍数 | ○ | |
| | 心電図 | ○ | 12誘導(安静時) |
| 消化器系 | 食道・胃部X線(直接) | ○ | 四ツ切 8枚 |
| | 便潜血反応 | ○ | |
| | 血清アミラーゼ | ○ | |
| | P型アミラーゼ | ○ | |
| | 肛門・直腸指診 | — | |
| 腹部超音波 | ○ | 上腹部(肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓) | |
| 脂質代謝 | 総コレステロール | ○ | |
| | 中性脂肪 | ○ | |
| | HDLコレステロール | ○ | |
| | LDLコレステロール | ○ | |
| | non-HDLコレステロール | ○ | |
| 尿検査 | 比重 | ○ | |
| | PH | ○ | |
| | 蛋白 | ○ | |
| | 潜血 | ○ | |
| | 沈渣 | ○ | 蛋白+以上・潜血±以上 |
| | 尿糖 | ○ | |
| | ウロビリノーゲン | ○ | |
| 糖代謝 | ケトン | — | |
| | 血糖 | ○ | 空腹 |
| | HbA1c | ○ | 1時間 |
| 腎臓 | 尿素窒素 | ○ | |
| | 尿酸 | ○ | |
| | クレアチニン | ○ | |
| | eGFR | ○ | |
| 肝臓系 | 総蛋白 | ○ | |
| | GOT | ○ | |
| | GPT | ○ | |
| | LDH | ○ | |
| | ALP | ○ | |
| | コリンエステラーゼ | ○ | |
| | 総ビリルビン | ○ | |
| | アルブミン | ○ | |
| | ZTT | — | |
| | TTT | — | |
| | 蛋白分画 | ○ | |
| | γ-GTP | ○ | |
| | CPK | — | |
| LAP | — | | |
| A/G比 | — | | |
| AFP | — | | |
| CEA | — | | |
| 血清学 | HBs抗原 | ○ | |
| | HBs抗体 | — | |
| | HCV抗体 | ○ | |
| | TPLA試験 | ○ | |
| | RPR法 | ○ | |
| | CRP | ○ | |
| | RF | ○ | |
| 血液一般 | ASLO | — | |
| | 赤血球数 | ○ | |
| | 白血球数 | ○ | |
| | 血小板数 | ○ | |
| | ヘマトクリット | ○ | |
| | 血色素 | ○ | |
| | 赤血球沈降速度 | — | |
| | 血液型(ABO・RH) | ○ | 初回のみ |
| 血液像 | ○ | | |
| 眼科 | 白血球分類 | — | |
| | MCV・MCH・MCHC | ○ | |
| | 視力 | ○ | |
| 聴力検査 | 眼底 | ○ | 両眼 |
| | 眼圧 | ○ | |
| | 眼科診察 | — | |
| 電解質 | 眼科診察 | — | |
| | ナトリウム(Na) | ○ | |
| | カリウム(K) | ○ | |
| | カルシウム(Ca) | — | |
| | 鉄分(Fe) | ○ | |
| 婦人科 | クロール(Cl) | ○ | |
| | 乳房触診 | — | |
| | 乳房超音波 | ○ | いずれかを選択(マンモグラフィは1方向撮影とする) |
| | 乳房マンモグラフィ | ○ | |
| | 婦人科診察 | ○ | 子宮内診 |
| 科 | スメアテスト | ○ | 細胞診(頸部) |
| | コルボスコープ | — | |

※ X線はデジタル撮影でも可

受診ご希望の方は、4月10日(水)までに控室職員又は総務課までご提出ください。

令和6年度 定期健康診断調査票

氏 名 _____

1 受診日について、第1希望日を1、第2希望日を2、第3希望日を3としてご記入ください。

| 受付8:00~9:30 | | | | | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 5月16日 (木) | 5月17日 (金) | 5月20日 (月) | 5月21日 (火) | 5月22日 (水) | 6月18日 (火) | 6月19日 (水) | 6月20日 (木) |
| | | | | | | | |

注1 受付時間は、8:00~9:30の間でかながわクリニックと調整のうえ、決定します。

注2 各日とも、一般の方も利用されます。

注3 第1希望日が集中した場合、第2又は第3希望日の受診をお願いすることがあります。

注4 婦人科検診については 5月16日、17日、21日、6月18日は実施しません。

注5 胃部検査を内視鏡検査へ変更する場合は、実施日・検診枠数の都合で、上記日程ではなく、他の日で検診機関と日程調整しますので、総務課にご相談ください。

注6 上記の日にご都合の悪い場合、他の日を調整しますので、総務課にご相談ください。

2 次の検査項目のうち、受診を希望しない項目に ×をお付けください。

- 身体計測 血圧測定 胸部X線撮影 胃部X線撮影 (バリウム検査)
 腹部超音波検査 心電図検査 尿検査 便検査 血液検査
 視力検査 聴力検査 診察

3 女性議員の方は、次の、乳房検査及び子宮検査ごとに、受診を希望する項目に ○をお付けください。

<乳房検査> ① マンモグラフィ (乳房X線) ② エコー (超音波) ③ 希望しない

<子宮検査> ① 希望する ② 希望しない

(様式1)

人間ドック及び脳検査を希望
する方のみご提出ください。

人間ドック受診申込書

令和 年 月 日

神奈川県議会議長 殿

住 所

氏 名

| | | |
|--------------------------|---|---------------|
| 希望する医療機関 | 病院名 郵便番号 住 所 電話番号 (- -) | |
| 検査内容 (いずれかに○をつけて下さい。) | | 脳検査を含む人間ドック |
| | | 脳検査を含まない人間ドック |
| | | 脳検査のみ |
| 受診希望日 | 第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日 第3希望 令和 年 月 日 | |
| 備 考 | | |