

4. 予約受付期間

2026年4月1日(水)～同年6月18日(木) 12:00迄

※インターネット予約・メール予約は、毎日24時間受け付けています。

※電話受付は、月-金 10:00—13:00となります。

5. 健診項目

2026年4月1日現在の年齢により、Aコース(35歳未満)とBコース(35歳以上)のご案内となります。(別紙「受診項目」をご覧ください。)

6. 申込方法

予約受付期間中に、渡邊内科のインターネット予約もしくは定期健康診断専用ダイヤルもしくはメールにてご予約ください。**来院にての予約は出来ません。**

キャンセルは、必ず渡邊内科へ連絡の上、期間内に予約を取り直してください。

【予約申込み手順】

- ① 予め実施期間内での、ご希望受診日時を第3希望までお決めください。
- ② 下記のインターネット予約・健診専用ダイヤル・メールアドレスからご予約をお取りください。
- ③ 下記手順にて予約してください。

注) 当社より渡邊内科には、3月1日現在の氏名で連絡をしておりますので、健診が終るまで渡邊内科では3月1日現在のお名前でご予約、及び受診してください。

【電話の場合】

- ① 渡邊内科 健診専用ダイヤルに電話します。(平日 10:00—13:00)

健診専用ダイヤル 渡邊内科：03-3245-2822

会社名【エムシーパートナーズ】と、あなたの氏名(フルネーム)をお伝えの上、希望受診日時をお伝えください。

(例) I.エムシーパートナーズの(お名前)です。

II.健診受診希望日は、〇月〇日の〇時〇分です。

※希望日が空いていない場合は、第2・第3希望日になりますので、予めご了承ください。

【メールの場合】

- ① 渡邊内科 健診専用メールアドレスにメールをします。

健診専用メール 健診専用メール：yoyaku@drwatanabe.com

(例) 件名：エムシーパートナーズ健診希望 氏名(フルネーム)

健診受診希望日時は【必ず第3希望日時】まで明記

- ② 渡邊内科より、健診来院日時の返信メールがございます。

[インターネット オンライン予約方法] URL : <https://www.drwatanabe.com/>

※オンライン予約は、受診日約2日前までのご予約が可能です。

※健康保険証をご準備ください。

ご予約についてのご確認」画面になりましたら「会社や健康保険組合の補助を利用します」を選択してください。

ご予約についてのご確認

请选择ください

こちらを選択
してください。

> 会社や健康保険組合の補助を利用します。

> 個人負担（自己負担／自費）で受診します。

検索 プランを絞り込む

健康保険組合向け健康診断



健康保険組合/会社の補助を使って健康診断を受診される方は本検査コースをお選びください

[詳細・予約](#)

【健康保険組合の方向けの健康診断コース】
◆健康保険組合/会社の補助を使って健康診断を受診される方向けの検査コースです。

ページトップへ▲

こちらをクリックしてください。

📅 予約カレンダー

このプランでのご予約は、ご希望の日時をクリックしていただき、予約フォームへとお進みください。

2019年06月	2019年07月	2019年08月	< 前の3ヵ月へ		次の3ヵ月へ >	
日	月	火	水	木	金	土
26	27	28	29	30	31	1
2	希望日時選択してください。				7	8
9	10	11	12 10:30 11:00	13 09:30 10:00 11:30 12:00	14 10:30 11:00 11:30	15
16	17	18 09:30	19	20 10:30	21 10:00	22

希望日時を、ご選択して頂きましたが、この時点では、プラン名と受診日のみが選択されたこととなります。つきましては、次画面の「申込みプラン」へ進んでいただき、再度「希望受診時間」をご選択ください。

申込みプラン

プラン名	健康保険組合向け健康診断
受診日	2019年06月20日(木)

お申込み内容を入力し、「次へ進む」ボタンをクリックしてください。

🕒 希望受診時間

ご希望の受診時間をお選びください。
受診時間によって選択できるオプション検査が変動します。

- 10:30
 11:00
 11:30
 14:30
 15:30
 16:00

希望受信時間を選択後、「次へ進む」をクリックしてください。

[次へ進む](#)

お客様情報入力画面が表示されます。

お客様情報入力

下記を入力して、「入力内容を確認する」ボタンをクリックしてください。

※ご選択されたプランによっては、入力頂いた住所に問診票や事前検査キットを送付する場合がございます。

確実にお手元に届く住所をご入力下さい。

※「*」は必須入力です。

お手元の健康保険組合名を入力してください。

例) 国民健康保険組合にご加入の方

「国民健康保険組合」

と入力してください。

健康保険組合名 *	<input type="text" value="三菱ケミカル健康保険組合"/> 記入例
受診者区分	<input checked="" type="radio"/> 被保険者 (本人) <input type="radio"/> 被扶養者 (配偶者) <input type="radio"/> 被扶養者 (家族)
企業名 *	<input type="text" value="エムシーパートナーズ株式会社"/>
氏名(漢字 または アルファベット) *	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>
氏名(カナ) *	セイ <input type="text"/> メイ <input type="text"/>
DM・メルマガ等 *	<input checked="" type="radio"/> DM・メールマガジンを受け取る <input type="radio"/> DM・メールマガジンを受け取らない
メールアドレス *	<input type="text"/> <半角英数字>
メールアドレス (確認用) *	<input type="text"/> @ <input type="text"/> <半角英数字>
備考	<input type="text"/>

被保険者 (本人) にチェックしてください。

ワードを、渡邊内科から通知され、当院がその登録を承認した個人とします。

2. 上記の会員登録を実施した個人であっても、当院が会員として承認することが不当であると判断した場合にはその資格を取り消す場合があります。

第三条 ログインID及びパスワードの管理

1. 会員は会員資格の他人への譲渡・貸与・売買などの行為は、一切これを禁止します。

2. 当院は、使用上の過失ならびに本サービスを第三者が利用したことによる不利益ならびに損害に対し、一切の責任を負わないものとします。

第四条 届出事項の変更等

1. 会員は、登録した事項に変更があった場合、当院までに遅滞なく所定の手順によりその旨届出するものとします。

入力された個人情報 は 個人情報保護方針に基づき取り扱われることに同意するものとします。

会員規約および個人情報保護方針に同意します

「会員規約および個人情報保護方針に同意します」に

「チェック」後、

「入力内容を確認する」

をクリックしてください。

▶ 入力内容を確認する

7. 質問票・検査キット発送

2026年4月1日までにお手元に届きますようご自宅にお送り致します。

※お手元に届かない場合は、4月10日までに担当までご連絡ください。

※本年4月1日現在35歳以上の方のみ便潜血の検査キットをお送り致します。

※35歳未満の方は、質問票のみお送り致します。

※2025年度より健診受診当日に便検体の提出がなく、受診後1ヶ月経過しても便検体提出がない場合は、便鮮血検査は実施なしとし、検査結果をお送りいたします。

8. 健診日当日の注意

「定期健康診断をお受けになる方へ」をよく読んで、**問診票・質問票**にご記入の上、検査キット（対象者のみ）と併せてご持参ください。

ご本人の希望によるオプション検査はできません。

生理中の受診も可能です。またご希望により、尿検査のみ後日受診することができます。

気分が悪く、採血検査を中止した方は、後日各自でご対応をお願い致します。

9. 健診結果

渡邊内科から直接ご自宅にお送り致しますので、**健診当日にご住所をお伝えください。**

10. 健康診断の対応徹底について

従業員の健康を守ると共にコンプライアンス厳守の観点より、健康診断の実施と合わせて、以下の対応を徹底致します。

健康診断受診および健診結果に基づく措置は、労働安全衛生法に定められた事項です。受診漏れののないようご注意ください。

① 健康診断未受診者への対応

所定の期間内に実施する定期健康診断を予約されていない従業員の方に対し、**健康診断受診の督促**を行います。督促を致しましてもご受診いただけない場合は、産業医指導により、派遣先（指揮命令者含）へご相談させていただくこととなります。

②健康診断の結果に基づく事後措置

健康診断の結果、以下(1)(2)に該当する方に対し、事後の措置を行います。

(1)就業制限

面談の対象となる基準

血圧	収縮期血圧（上の血圧）180mmHg 以上 または 拡張期血圧（下の血圧）110mmHg 以上
血糖	空腹時血糖 250mg/dl 以上 または HbA1c 10.0%以上

産業医面談にて、健診後の管理状況および就業状況を確認し、派遣先責任者・派遣元責任者と協議の上、必要に応じて就業措置を行います。

なお、産業医面談にに応じていただけない場合は、派遣先責任者・派遣元責任者と協議の上、直ちに就業措置を行う可能性があります。

(2)保健指導

健康診断の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる従業員に対して、生活習慣予防の観点から、専門スタッフが面談を行います。

特定健康診査・特定保健指導

国の制度であり、三菱ケミカル健康保険組合が加入者に対し実施（40歳以上75歳未満の方）。

「腹囲・BMI・血糖・脂質・血圧・喫煙歴」の結果より、「積極的支援・動機付け支援」に該当した従業員の方が対象。（以下資料参照）

保健指導対象者の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

①血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
 ※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

11. 勤怠インプット

1時間まで支給いたしますが、1時間を超えた場合は、支給対象外となりますので
 休憩時間に加算してください。

また、備考欄には健診時間をご入力ください。

例：MCP 定期健康診断時間 9:00 から 10:30 離席

(⇒ 健診時間に要した時間 1時間 30分のうち 1時間までは支給の対象)

休憩時間+移動時間 1:30

(⇒ 休憩時間を 1時間取得し、健診に要した時間の 1時間を超えた 30分は休憩時間に加算)

12. 交通費

通勤経路外の方は、NEO より公用外出旅費精算書を出力の上、担当宛にご提出ください。

※健診場所までの交通費は、通勤経路外の方のみ支給となります。

※東京駅から大手町駅間など、徒歩圏内となる場合は、支給対象外となります。

支給対の範囲については、事前に担当にご確認ください。

※有給休暇利用時や出勤日以外でのご受診の場合は支給対象外となります。

13. お問い合わせ先

実施期間中にご受診が出来ない場合等は、担当宛にメールにてご連絡ください。

受診項目 (4月1日現在の年齢で判断致します。)

		34歳以下		36～39歳		35歳・40歳以上	
		法で定められた 受診項目	受診項目	法で定められた 受診項目	受診項目	法で定められた 受診項目	受診項目
コース		Aコース		Bコース		Bコース	
診察	問診(服薬歴・喫煙習慣)・診察	●	●	●	●	●	●
身体	身体・体重・BMI	●	●	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●	●	●
生理学的	血圧	●	●	●	●	●	●
	視力(遠方)	●	●	●	●	●	●
	聴力(1,000hz/4,000hz)	●	●	●	●	●	●
画像診断	胸部X線(直接撮影又はDR)	●	●	●	●	●	●
尿	尿蛋白	●	●	●	●	●	●
	尿糖	●	●	●	●	●	●
	尿潜血	●	●	●	●	●	●
	ウロビリノーゲン	●	●	●	●	●	●
	比重				●		●
	PH				●		●
心電図	心電図(安静時)				●	●	●
血液学	赤血球数				●	●	●
	血色素数				●	●	●
	ヘモグロビン				●		●
	ヘマトクリット				●	●	●
	血小板				●		●
	MCV/MCH/MCHC				●		●
	血液像				●		●
脂質代謝	総コレステロール				●		●
	HDLコレステロール				●	●	●
	LDLコレステロール				●	●	●
	中性脂肪				●	●	●
糖代謝	空腹時血糖				●	●	●
	HbA1c				●		●
肝機能	GOT				●	●	●
	GPT				●	●	●
	γ-GTP				●	●	●
	総ビリルビン				●		●
尿酸	尿酸				●		●
生化学	クレアチニン				●		●
	e-GFR				●		●
	BUN				●		●
血液学	白血球数				●		●
	血小板数				●		●
	CRP				●		●
便検査	便潜血(2回法)				●		●

※e-GFR(腎機能の指標検査)が追加になりました。

定期健康診断をお受けになる方へ

当日の流れ

受付→健康診断 渡邊内科（サンケイビルB1）

健診当日の注意事項

- ・ 健診所要時間は、60分～90分を予定しております。
- ・ レントゲンの撮影・聴診があり、着替えをします。
※無地のTシャツ、タンクトップ、下着（ヒートテック・エアリズム可）を必ず着用してください。
（柄付きは不可・ワンポイントは不可・刺繍は不可）
※ ワンピースでの来院は禁止です。
- ・ アクセサリー等は、紛失の恐れがありますので、当日はあらかじめはずして来院してください。
（ネックレス・ピアス・イヤリング等）
- ・ 靴を脱いででの検査があります。紐が多い靴、ブーツは避けてください。
なるべく履きなれた脱着のしやすい靴で来院してください。
- ・ 事故防止のためにも、検査中は私語厳禁をお願いいたします。
- ・ 現在服薬中の方は、健診前日および当日の服薬については、主治医に相談して下さい。
- ・ 健診当日、風邪や貧血等の保険証を使つての診察希望の方は、健診終了後に改めて外来受付をして下さい。
- ・ 脱水症状を避けるため、水を500mlほど飲んでから受診して下さい。
- ・ 事前に問診票・質問票をご記入下さい。記入のない場合は、来院時に記入いただくため、
検査所要時間が長くなる場合がありますので、事前記入をお勧めいたします。
書式はダウンロードも可能です。<http://www.drwatanabe.com/kenshin/kenshin.html>
- ・ 尿検査がございます。検査直前のお手洗いはお控え下さい。
- ・ 予約時間にお越しになれない場合は、早めにご連絡下さい。

血液検査の注意

- ・ 採血検査がありますので、食事の制限があります。
受診6時間-10時間前からは、何も食べないでください。
(採血検査の精度を上げるには、空腹時10時間程度が望ましいとされています。)
また、脱水症状を避けるため、水を500mlほど飲んでから受診して下さい。
採血検査で気分の悪くなる方は、採血検査を中止することがあります。検査当日にお申し出ください。

健診当日の持ち物

- 問診票
- 質問票
- 検査キット（対象者のみ）

※ 当日受付にてご記入できるように準備してあります。用紙を忘れても大丈夫です。

お問い合わせは渡邊内科 TEL：03-3245-2822（健診専用）
もしくは御社 ご担当者まで

けん こう しん だん もん しん ひょう
健 康 診 断 問 診 票 20 年 月 日

みず お水を、コップ1杯以上、飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 飲んだ <input type="checkbox"/> 飲んでいない
けんしんまえ さいご しょくじ た 健診前の、最後の食事はいつ食べましたか？	(月 日 時頃)
けんしんまえ 健診前のコーヒー・ジュース・あめ・ガム・ワリスは？	<input type="checkbox"/> 食べて(飲んで)いない <input type="checkbox"/> 食べた(飲んだ) (月 日 時頃)
アルコール綿の しょうどく 消毒で、はれたり赤くなったことは？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
さいけつ 採血をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> したことがある <input type="checkbox"/> 初めて
採血をしたことのある人は、 採血について教えてください。	<input type="checkbox"/> 採血検査はできます <input type="checkbox"/> 採血検査は苦手ですができます <input type="checkbox"/> 採血検査はできません

フリガナ		生年月日	昭・平・ 年 月 日生		
名 前		国 籍			
		年 齢	才	性 別	おとこ おんな 男 ・ 女

1. 今までかかったことのある びょうき ・ 現在かかっている びょうき ・ お薬について書いてください。

特になし あり ↓に書いてください

病気の名前	現在の状態
	病院にかかっている・治った・お薬をのんでいる・なにもしていない
	病院にかかっている・治った・お薬をのんでいる・なにもしていない
	病院にかかっている・治った・お薬をのんでいる・なにもしていない

2. 健康で気になることは？ 特になし あり 書いてください→ ()

3. この仕事につく直前の、仕事を書いてください。: 学生 ・ 事務 ・ 経 理 ・ 研 究 ・ 営 業 ・ 編 集

記者 ・ システムエンジニア ・ コンサルタント ・ 販売 ・ 開発 ・ その他 ()

健診結果用紙には記載いたしません、医師が診断する際に必要な項目です。

4. ウィルス感染症になりましたか？ いいえ
 はい (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 新型コロナ ・ 他)

5. 女性の方はおしえてください。

現在生理中 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 (月) 現在授乳中

質 問 票 回答欄は、全てご記入ください。

《個人情報の取扱いについて》本事業は、平成20年4月より実施することとなっている、特定健診・保健指導の円滑な運営を行うことを目的としています。本受診票により取得した個人情報については、プライバシー保護に十分配慮し、本事業以外の目的には一切使用されることはありません。このことに同意された上で、本事業にご協力下さい。

お名前

質 問 事 項		回 答	
		① はい	② いいえ
1	血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	コレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者)	<input type="checkbox"/> 通算喫煙年数 ()年 1日()本	<input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	① 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分がありかみにくいことがある <input type="checkbox"/> ③ ほとんどかめない <input type="checkbox"/>	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い <input type="checkbox"/>	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度	① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ 飲まない <input type="checkbox"/>	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、 焼酎1合(180ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、 ワイン2杯(240ml)	① 1合未満 <input type="checkbox"/>	
		② 1~2合未満 <input type="checkbox"/>	
		③ 2~3合未満 <input type="checkbox"/>	
		④ 3合以上 <input type="checkbox"/>	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。	① 改善するつもりはない <input type="checkbox"/>	
		② 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/>	
		③ 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている(概ね1ヶ月以内) <input type="checkbox"/>	
		④ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/>	
		⑤ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/>	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

被 保 険 者 記 入 欄

