

検査項目	詳細項目	法定健診 (7,500+税)	法定B (3,000+税)	人間ドック (25,000+税)	オプション (各金額+税)	
体測定診療等	医師問診・理学的所見(身体診察)	●	●	●		
	身長	●	●	●		
	体重	●	●	●		
	BMI	●	●	●		
	血圧	●	●	●		
	腹囲	●	●	●		
	視力	●	●	●		
胸部検査	胸部X線撮影(直接)	●	●	●		
聴力	オーディオメーター(1000/4000)	●	●	●		
尿検査	尿糖(BS)	●	●	●		
	尿蛋白	●	●	●		
	PH			●		
	尿潜血			●		
	ウロビリノーゲン			●		
	ケトン体			●		
				●		
血液一般	白血球			●		
	赤血球	●		●		
	ヘモグロビン	●		●		
	ヘマトクリット			●		
	血小板			●		
	MCV			●		
	MCH			●		
	MCHC			●		
	中性脂肪(TG)	●		●		
	HDL-cho	●		●		
	LDL-cho	●		●		
	肝機能	GOT(AST)	●		●	
		GPT(ALT)	●		●	
		γ-GTP(γ-GT)	●		●	
		ALP			●	
		LDH			●	
		Che(コリンエステラーゼ)			●	
		A/G比			●	
		総ビリルビン(T-Bil)			●	
	腎機能	総蛋白(TP)			●	
		尿酸(UA)			●	
		アルブミン(Alb)			●	
		尿素窒素(BUN)			●	
		血清クレアチニン(CRE)			●	
		推算糸球体濾過量(eGFR)			●	
		アミラーゼ(AMY)			●	
	血糖	空腹時血糖(BS)	●		●	
グリコヘモグロビンA1c(HbA1c)				●		
感染症 ※1	HBs抗原・抗体				2,000	
	HCV抗体				1,500	
炎症	CRP					
心電図	12誘導	●		●		
眼底検査	両眼			●		
眼圧検査	両眼			●		
潜血検査	2回法			●		
胃検診	胃部X線検査(バリウム)			●		
	胃部X線検査(バリウム)又は胃カメラ			●		
	ペプシノーゲン法			<input type="checkbox"/>	3,000	
	ヘリコバクターピロリ抗体			<input type="checkbox"/>	1,500	
	頭部MRI+MRA			<input type="checkbox"/>	16,000	
	頸動脈超音波			<input type="checkbox"/>	4,000	
	胸部CT			<input type="checkbox"/>	9,000	
	腫瘍マーカー3種(CEA・CA19-9・AFP)			<input type="checkbox"/>	3,500	
	内臓脂肪CT			<input type="checkbox"/>	9,000	
	腹部超音波			●	4,000	
	呼吸機能			●	1,000	
	腫瘍マーカー1種(高感度PSA)			<input type="checkbox"/>	1,500	
	大腸カメラ			<input type="checkbox"/>	7,000	
	マンモグラフィ(2方向)			<input type="checkbox"/>	7,000	
	子宮細胞診+経膈エコー			<input type="checkbox"/>	8,000	
	HIV抗体			<input type="checkbox"/>	1,500	
	骨密度測定			<input type="checkbox"/>	1,000	
	体成分分析装置(IN BODY)			<input type="checkbox"/>	2,000	

胃検診は胃カメラまたは胃部X線検査(バリウム)のどちらか選択となります。

大腸カメラは人間ドック当日に後日予約となります。

子宮細胞診+経膈エコーは他院のおばたレディースクリニックにて検査になります。