

検査項目一覧

| 検査名称 | | 人間ドック | 脳ドック | 生活習慣病 予防健診 A | 生活習慣病 予防健診 B | 法定健診 | |
|-------------------|--|-----------------|------|-----------------|-----------------|------|---|
| 身体計測 | 身長・体重・標準体重 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | BMI | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 肥満度 | ● | ● | | | | |
| | 血圧測定 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 腹囲 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 視力 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 聴力 | ● | | ● | ● | ● | |
| 診察 | 内科診察 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| 生理検査 | 眼底 | ● | ● | | | | |
| | 眼圧 | ● | ● | | | | |
| | 腹部超音波 | ● | | | | | |
| | 肺機能 | ● | | | | | |
| | 心電図 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| 血液検査 | 血液一般 | 赤血球 | ● | ● | ● | ● | |
| | | 白血球 | ● | ● | ● | ● | |
| | | 血色素数 | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | ヘマトクリット | ● | ● | ● | ● | |
| | | 血小板 | ● | ● | ● | ● | |
| | | 末梢血液像 | ● | | | | |
| | | MCV・MCH・MCHC | ● | ● | ● | ● | |
| | | 血清鉄 | ● | | | | |
| | 脂質 | 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 | ● | ● | ● | ● | ● |
| | 動脈硬化指数 (AI) | ● | | | | | |
| | 肝臓機能 | 総蛋白 (TP) | ● | | | | |
| 総ビリルビン (T-Bill) | | ● | | | | | |
| 直接ビリルビン (D-Bill) | | ● | | | | | |
| LDH | | ● | | | | | |
| GOT (AST) | | ● | ● | ● | ● | ● | |
| GPT (ALT) | | ● | ● | ● | ● | ● | |
| γ-GTP | | ● | ● | ● | ● | ● | |
| ALP | | ● | | ● | ● | | |
| LAP | | ● | | | | | |
| CHE | | ● | | | | | |
| アルブミン | | ● | | | | | |
| A/G | | ● | | | | | |
| 血糖 | 血清アミラーゼ | ● | | | | | |
| | 血糖 (空腹時) | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | ヘモグロビン A1c | ● | ● | | | | |
| 腎機能 | クレアチニン | ● | ● | ● | ● | | |
| | e-GFR | ● | ● | ● | ● | | |
| | 尿素窒素 | ● | ● | | | | |
| | 尿酸 | ● | ● | ● | ● | | |
| | ナトリウム | ● | ● | | | | |
| | カリウム | ● | ● | | | | |
| | クロール | ● | ● | | | | |
| 炎症・感染症 | STS 定性 (RPR 法) | ● | | | | | |
| | HBs 抗原 | ● | | | | | |
| | HCV 抗体 | ● | | | | | |
| | CRP | ● | | | | | |
| | リウマチ因子 (RF) | ● | | | | | |
| 尿検査 | 尿蛋白・糖 | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 尿潜血 | ● | ● | ● | ● | | |
| | 尿白血球反応 | ● | ● | ● | ● | | |
| | 尿比重・PH | ● | | | | | |
| | ウロビリノーゲン | ● | | | | | |
| | 尿沈渣 | ● | ● | | | | |
| 便 | 便潜血 (2 日法) | ● | | ● | ● | | |
| 胸部 | 胸部レントゲン | ● | | ● | ● | ● | |
| 胃部 | 胃部バリウムレントゲン | | | | | | |
| バリウムレントゲンと内視鏡検査選択 | 胃部内視鏡検査 (+4,180 円) + 抗原検査料金 1,000 円 | 選択 | | | 選択 | | |
| 男性 | 前立腺 (PSA) | 40 歳以上 | | | | | |
| 女性 | 骨密度 (DEXA 法) | 40 歳以上 | | | | | |
| 脳 | 頭部 MRI・MRA | | ● | | | | |

オプション検査項目一覧

| | 検査項目 | 実施日 | 金額（税込） |
|--------|--|------------------------|---|
| 脳 | 頭部 MRI・MRA | | 22,880 円（単：26,070 円） |
| 眼 | 眼底検査 | 月～土 ※土曜日は第1・第3のみ | 660 円 |
| | 眼圧検査 | | 990 円 |
| 循環器 | 心臓超音波検査 | 火・金 | 9,680 円 |
| 血管 | 血圧脈波検査 | | 1,430 円 |
| 喀痰 | 喀痰検査 | | 4,290 円 |
| 胸腹部 | 肺機能検査 | | 2,640 円 |
| | 腹部超音波検査 | | 5,830 円 |
| | 胸部 CT | 40 歳以上の方のみ 対象 | 19,250 円（単：22,440 円） |
| | 腹部 CT（内臓脂肪測定含む） | | 19,250 円（単：22,440 円） |
| | 胸腹部 CT（内臓脂肪測定含む） | | 22,770 円（単：25,960 円） |
| 内臓脂肪測定 | 3,520 円 | | |
| 骨 | 骨密度検査（腰椎・大腿骨） | | 3,960 円 |
| 胃 | 尿素呼気試験 | 月～土 ※土曜日は第1・第3のみ | 2,530 円 |
| | ヘリコバクターピロリ抗体（血液検査） | | 2,530 円 |
| | ABC 検診（血液検査） | | 5,170 円 |
| | 胃部バリウムレントゲン | 30 歳以上 80 歳 未満の方が対象 | 8,800 円 |
| | 胃内視鏡検査 内視鏡検査は経口と経鼻を選択できます。部分麻酔となります。 定員がありますので、予約時にお申し込みください。 | | 12,870 円（単：16,060 円） ※別途新型コロナウイルス抗原検査 料金が 1,000 円かかります。 |
| 甲状腺 | FT4・TSH | | 4,180 円 |
| 肝炎 | HBs 抗体・HCV 抗体 | | 3,190 円 |
| 大腸 | 便潜血検査 | | 1,210 円 |
| | 大腸内視鏡検査 検査前の処置が必要なため、健康診断・人間ドックの受診日に 検査説明を行い、お薬をお渡しいたします。検査は後日になります。 | 月曜日午後のみ | 18,590 円 |
| 男性 | 前立腺特異抗原検査（PSA） | 月～土 ※土曜日は第1・第3のみ | 3,080 円 |
| 婦人科 | 乳がん検査（マンモグラフィー） | ※土曜日は第1・第3のみ | 6,270 円（単：7,480 円） |
| | 乳がん検査（乳腺超音波検査） | 月・火・土 | 3,850 円（単：5,390 円） |
| | 乳がん検査（マンモグラフィー + 乳腺超音波検査） | ※土曜日は第1・第3のみ | 9,790 円（単：11,330 円） |
| | 子宮頸部細胞診、内診 | | 4,290 円（単：7,370 円） |
| | 子宮頸部・体部細胞診セット、内診 | | 8,360 円（単：11,440 円） |
| 認知症 | 経膈超音波検査（子宮細胞診に追加で行った場合） | | 2,970 円 |
| | MCI スクリーニング検査（45 歳以上の方におすすめ） | | 22,000 円（単：22,770 円） |
| | APOE 遺伝子検査（アポイー遺伝子検査） | | 17,600 円（単：18,370 円） |
| その他 | リスクスクリーニング検査（AIRS） | 月～土 ※土曜日は第1・第3のみ | 25,850 円（単：26,400 円） |
| | アレルギー検査（view39） | | 9,460 円（単：10,560 円） |
| | 睡眠時無呼吸検査（SAS） | | 8,800 円（単：9,900 円） |
| | 睡眠検査 lite（2 晩） | | 16,500 円（単：16,500 円） |
| | 睡眠検査（5 晩） | | 24,200 円（単：24,200 円） |
| | 腸内フローラ検査 | | 18,150 円（単：19,800 円） |

金額に「単」の記載がある項目は検査のみ単独受診が可能なものになります。

オプション検査項目のご希望は予約時にお申し出ください。後日追加の場合、予約状況によってはご案内できない場合があります。

検査項目や金額は変更になる場合があります。