

実施日 月 日 : 予約

連絡先 (TEL)

—歳

担当医 医師

ID 患者氏名 様 生年月日 年 月 日

健康診断基本メニュー

(税込)

健診種別	健診A	
項目	医師による診察	
	血圧測定	
	身長・体重・BMI測定	
	視力検査・聴力検査	
	尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	¥3,300	

健診B	
医師による診察	
血圧測定	
身長・体重・BMI測定	
視力検査・聴力検査	
心電図	
尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	¥5,500

健診種別	健診C	
項目	医師による診察	
	血圧測定	
	身長・体重・BMI測定	
	腹囲測定	
	視力検査・聴力検査	
	胸部X線検査 (直接撮影)	
	尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	¥5,500	

健診D	
医師による診察	
血圧測定	
身長・体重・BMI測定	
腹囲測定	
視力検査・聴力検査	
胸部X線検査 (直接撮影)	
心電図	
尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	¥7,700

健診種別	健診E	
項目	医師による診察	
	血圧測定	
	身長・体重・BMI測定・腹囲測定	
	視力検査・聴力検査	
	胸部X線検査 (直接撮影)	
	心電図	
	貧血検査 (赤血球数・白血球数・色素量・血球容積・血小板)	
	肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)	
	血中脂質検査 (HDL_C・LDL_C・TG・TC)	
	血糖測定 (血糖値・HbA1c)	
	尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	¥11,000	

提携施設入職時健診(健診F)	
医師による診察	
血圧測定	
身長・体重・BMI・腹囲測定	
視力検査・聴力検査	
胸部X線検査 (直接撮影)	
心電図	
貧血検査 (赤血球数・白血球数・色素量・血球容積・血小板)	
肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)	
血中脂質検査 (HDL_C・LDL_C・TG・TC)	
血糖測定 (血糖値・HbA1c)	
肝炎検査 (HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体) 各定性検査	
尿検査 (糖・蛋白)	
税込金額	

健康診断オプションメニュー

(税込)

検査項目	金額	
色覚検査	¥550	
血液型検査 (ABO式)	¥1,100	
血液型検査 (Rh 式)	¥1,100	
血液型検査 (ABO式・Rh 式)	¥1,650	
血中脂質検査 (HDL_C・LDL_C・TG・TC)		
肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)		
腎臓機能検査 (尿素窒素・クレアチニン)		
HBs抗原・定性	¥1,100	
HBs抗原・定量	¥1,650	
HBs抗体・半定量	¥1,650	
HBs抗体・定量	¥2,200	
HCV抗体	¥2,200	
B型肝炎検査 (HBs抗原定性・HBs抗体半定量)	¥2,200	
B型肝炎精密検査 (HBs抗原定量・HBs抗体定量)	¥3,300	
簡易肝炎検査 (HBs抗原定性・HBs抗体半定量 HCV抗体)	¥4,400	
肝炎検査 (HBs抗原定量・HBs抗体定量 HCV抗体)	¥5,500	
梅毒検査 (TPHA法定性)	¥1,650	
梅毒検査 (RPR法定性)	¥1,100	
梅毒検査 (TPHA法定量)	¥2,200	
梅毒検査 (RPR法定量)	¥1,650	
便潜血検査 (検便2回法)	¥1,650	
赤痢・ビブリオ・サルモネラ	¥1,650	
腸管出血性大腸菌	¥2,200	
ヘリコバクターピロリ菌検査 (血清)	¥2,200	
ヘリコバクターピロリ菌検査 (呼気検査)	¥3,300	
ペプシノゲン I・II	¥2,200	
MRSA検査(施設入所用)	¥3,300	
尿沈渣	¥550	

健
診
オ
プ
シ
ヨ
ン
一
覧

検査項目	金額	
肺癌検査 (胸部XP・低線量胸部CT・喀痰細胞診)	¥16,500	
胃癌検査 (胃部内視鏡検査・ヘリコバクターピロリ菌検査)	¥22,000	
大腸がん検査 (大腸内視鏡・便潜血検査2回法)	¥26,400	
呼吸器検査 (胸部XP・胸部CT・肺活量・スパイロメーター)		
甲状腺検査 (甲状腺超音波・TSH・FT3・FT4)		
胸部CT検査	¥11,000	
低線量胸部CT検査	¥13,200	
腹部CT検査	¥11,000	
胃部内視鏡検査	¥19,800	
大腸内視鏡検査	¥25,300	

健康診断基本メニュー

_____ 円

健康診断オプションメニュー合計

_____ 円

ご請求額合計

_____ 円

その他特記事項

- 保険証またはご本人と証明できるもの、診断書に関する書類一式を持参
- 前日夜 9 時以降の絶食 内視鏡検査は健診のため自費扱い、処置を行うと保険扱い
- 定期内服薬やインスリン注射の場合、要相談

粉じん・アスベスト・石綿健診はできません。

企業健診の場合、一括請求・個々の請求 希望

連絡担当者名 _____