

指定医療機関名 検診費用 (消費税込)		岩 崎 医 院	皆 成 病 院	ク 川 本 メ デ ィ ク カ ル	佐 々 木 病 院	深 谷 赤 十 字 病 院	ル 深 谷 寄 居 医 師 会 メ デ ィ カ セ ン タ ー
検査項目		37,740円	37,950円	38,500円	38,700円	43,450円	41,910円
問診・診察		○	○	○	○	○	○
身体計測	身長・体重・腹囲・肥満度	○	○	○	○	○	○
眼科系検査	視力	○	○	○	○	○	○
	眼圧検査		○			○	○
	眼底検査	△	○	○	△	○	○
聴力検査	聴力検査(1000Hz・4000Hz)	○	○	○	○	○	○
呼吸器系検査	胸部X線撮影	○	○	○	○	○	○
	肺機能(%肺活量、1秒率、1秒量、他)	○	○	○	○	○	○
	喀痰検査	●	●	●			
循環器系検査	血圧測定	○	○	○	○	○	○
	心電図	○	○	○	○	○	○
消化器系検査	胃部X線撮影		○(選択)	○	○	○(選択)	○
	胃内視鏡	○(経口)	●(選択)		●	●(選択)+4,500	●
	食道X線撮影		○	○	○	○(選択)	○
	十二指腸X線撮影		○	○	○	○(選択)	○
	糞便検査(免疫学的便潜血反応)	○	○	○	○	○	○
	直腸診			●			
尿検査	糖定性	○	○	○	○	○	○
	潜血	○	○	○	○	○	○
	蛋白	○	○	○	○	○	○
	ウロビリノーゲン	○	○	○	○	○	○
	ケトン体	○	○	○	○	○	
	ビリルビン	○	○	○	○	○	
	比重	○	○	○	○	○	○
	PH	○	○		○	○	○
	尿沈渣(赤血球、白血球、細菌、扁平上皮)		○	○(細菌なし)		○	○
血液検査/一般	赤血球数	○	○	○	○	○	○
	白血球数	○	○	○	○	○	○
	血色素(ヘモグロビン)	○	○	○	○	○	○
	ヘマトクリット値	○	○	○	○	○	○
	血小板(PLT)	○	○	○	○	○	○
	血液像	○	○	○	○	○	○
	総蛋白(TP)	○	○	○	○	○	○
血液検査/尿・肝臓/ 胆嚢/膵臓	アルブミン(ALB)	○	○	○	○	○	○
	CPK	○	○			○	
	総ビリルビン(T-BIL)	○	○	○	○	○	○
	GOT	○	○	○	○	○	○
	GP7	○	○	○	○	○	○
	ALP(アルカリフォスファターゼ)	○	○	○	○	○	○
	γ-GTP	○	○	○	○	○	○
	ZTT(コロイド反応)						
	TTT(コロイド反応)						
	CHE(コリンエステラーゼ) 肝機能	○	○			○	○
	LDH	○	○	○	○	○	○
	アミラーゼ	○		○	○	○	○
痛風	尿酸	○	○	○	○	○	○
電解質	クレアチニン	○	○	○	○	○	○
	BUN(尿素窒素)	○	○			○	○
	ナトリウム	○	○			○	○
	カリウム	○	○			○	○
	クロール	○	○			○	○
	カルシウム	○	○			○	○
	無機リン	○	○			○	○
	ASO(ALSO・溶連菌感染)	○	○	○	○	○	○
	eGFR	○	○	○	○	○	○
	CRP(反応性蛋白)	○	○	○	○	○	○
	空腹時血糖	○	○	○	○	○	○
	HbA1c	○	○	○	○	○	○
	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	○	○	○	○	○	○
免疫反応	TPHA試験	○	○	○	○	○	○
	RPR	○	○			○	○
	HBs抗原	○	○	○	○	○	○
	HCV抗体	○				○	
	RAPA(リウマチ因子),RA検査	○	○			○	○
	他	MCV,MCH,MCHC,A/G比	ABO(血液型検査2回目以降省略), Rho MCV, MCH, MCHC	MCV, MCH, MCHC, 動脈硬化指数	A/G比	MCV, MCH, MCHC	MCV, MCH, MCHC
超音波検査	胆のう	○	○	○	○	○	○
	肝臓	○	○	○	○	○	○
	腎臓	○	○	○	○	○	○
	膵臓	○	○	○	○	○	○
	脾臓			○	○	○	○
	他		○脈管系				○
婦人科健診	前立腺(男性) 子宮(女性)		○	○		●	
	乳房触診(希望者のみ)		○			●	
	マンモグラフィ(女性)					●	●
	子宮がん検診		●※自己採取			●	●
	乳腺超音波		●				●
腫瘍マーカー	CEA(消化器系ほか)	●	○	●	●	●	●
	PSA(男性)	●	○	●	●	●	●
	CA-19-9(膵・胆管ほか)	●	○	●	●	●	●
	AFP(肝)	●	○	●	●	●	●
	CA125(女性 卵巣)	●	○	●	●	●	●
他	ピロリ菌検査	●	●	●	●	●	
	骨粗鬆症検査	●	●	●	●	●	●
	CT		●(頭～腹)	●	●		●
有料オプション等			●有料オプション アレルギー検査 View39				

○・・・全員に実施 △・・・医師の判断による ●・・・オプション(有料)

◆詳細につきましては各医療機関にお問い合わせ下さい。