

★印のついた検査については、検査当日の診察(口頭での結果説明)はありません。
後日、書面での結果通知となります。

△印のついた検査は、健診センターでの単独実施はできません。

(税込)

健 診 項 目		組合員料金	一般料金	
ドック	胃の検査 あり(胃透視 or 胃カメラ※1)	29,570	42,240	
	胃の検査 なし	18,140	25,920	
定期健診	定期健診 A	5,000		
	定期健診 B	9,000		
	定期健診 C	9,900		
オプション検査	腫瘍マーカー	★CEA・CA19-9 (消化器系腫瘍マーカー)	2,830	4,040
		エラスターゼ I (膵臓系腫瘍マーカー)	2,110	3,010
		★PSA (前立腺腫瘍マーカー)	2,150	3,070
	腫瘍マーカー セット	★(エラスターゼ I + PSA)	2,830	4,040
		★(CEA・CA19-9+エラスターゼ I)	3,280	4,690
		★(CEA・CA19-9+PSA)	4,270	6,090
		★(CEA・CA19-9+エラスターゼ+PSA)		
	★胃がんリスク検診(ABC検診)		3,090	4,420
	★ 肺CT(胸部CT)		10,210	14,580
	★ 喀痰		3,250	4,640
	頸動脈エコー(超音波検査)		2,650	3,780
	脈波ポリグラフ		980	1,400
	甲状腺エコー(超音波検査)		2,650	3,780
	★ 脳ドック(MRI・MRA)		14,580	20,520
	骨密度検査(DXA法)		3,400	4,860
	乳がん検診(視・触診+マンモグラフィ)		5,060	7,250
	子宮がん検診 ※2	★ 頸部(細胞診)	2,570	3,670
		★△ 体部(細胞診)※2	5,070	7,240
		△ 経膈エコー(超音波検査)※2	4,010	5,720
	聴力検査(オージオメーター)		1,190	
	視力検査		750	
	眼底検査(両眼)※3		1,210	
	眼圧検査※3		890	
△胃カメラ(内視鏡検査)※1		11,430	16,330	
★ 胃透視検査(バリウム検査)		10,170	14,530	
腹部エコー(超音波検査)		4,010	5,720	
△歯科検診(視・触診による う歯・歯周病の検査)※4		760	1,080	

※1 胃カメラ検査の際に、医師の判断によって病理組織検査を実施する場合があります。
その場合、病理組織検査料金も必要となります。これは保険診療となります。
胃カメラ検査前の心電図は必須です。(心電図の有効期間:1ヶ月)
単独実施の場合や 心電図のないコースへの追加の場合は、胃カメラ+心電図となります。(心電図料金は当院負担です)
胃カメラ検査でヘリコバクターピロリ菌検査は実施できません。(病理組織検査を実施した場合の偶発的な発見は除く)

※2 子宮がん検診は 頸部の検査を事前にご予約いただき、
体部・超音波検査については 検診当日の婦人科窓口でのお申込みとなります。
(頸部検査をご希望されず、体部検査もしくは超音波検査のみをご希望の場合は、婦人科に直接ご相談ください)

※3 コースで視力検査がない場合は、視力検査(750円)を別途つけていただくようになります。

※4 歯科検診は、生協歯科(病院から徒歩2分)で実施します。