

オ プ シ ョ ン 項 目 と 料 金 (申 し 込 み 内 容)

●希望実施人数をご記入下さい。

＜単位：円（税別）＞

健診項目		検査内容	金額（単価）	
尿検査		尿潜血・尿ウロビリノーゲン	200	
心電図		標準12肢誘導（安静時）	1,500	
眼底		無散瞳（片眼）	1,500	
		無散瞳（両眼）	3,000	
胃検査	胃部X線（バリウム）	間接（100×100） 9方向	4,000	
	血液	ペプシノーゲン	3,000	
	血液	ヘリコバクター・ピロリ菌抗体	800	
大腸がん検査		便潜血（容器を含む） 1回法	700	
		便潜血（容器を含む） 2回法	1,400	
前立腺がん検査		PSA検査（血液）	2,000	
肝炎ウイルス検査	HBs抗原		定性	400
			精密	850
	HBs抗体		定性	450
			精密	850
	HCV抗体			1,500

*定期一般健診（A・B）、協会けんぽ健診に下記の検査を追加又は変更の場合

		追加・差額料金。	A健診	B健診	
A健診の採血項目	貧血検査（赤血球・ヘマトクリット）		/	300	
	生化学検査 （LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪・GOT・GPT・γ-GTP・空腹時血糖・HbA1c）			3,400	
血液検査セット項目	※右記検査別掲参照		S1セット	100	3,800
			S2セット	400	4,100
			S3セット	600	4,300
			SSセット	1,800	5,500

