

コース別健診料金一覧表

公益財団法人八戸市総合健診センター
〒031-0011 八戸市田向三丁目6番15号
TEL 0178-70-5563 FAX 0178-96-6124

コース名	検査内容	料金
D	労働安全衛生法に基づく定期健康診断	8,030円 (うち消費税730円)
	労働安全衛生法に基づく定期健康診断(HbA1c追加)	8,580円 (うち消費税780円)
DT	定期健康診断に 特定健診 を追加(40歳～74歳)	8,360円 (うち消費税760円)
	定期健康診断に HbA1c・特定健診 を追加(40歳～74歳)	8,910円 (うち消費税810円)
G	全国健康保険協会管掌健康保険 「生活習慣病予防健診」 被保険者(本人) 35歳以上 (X線直接撮影)	5,282円 (うち消費税480円)
	上記に 付加健診 を追加(40・45・50・55・60・65・70歳)	7,971円 (うち消費税724円)
SD	1日人間ドック	40,700円 (うち消費税3,700円)
SD II	半日人間ドック	36,300円 (うち消費税3,300円)

オプション

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| ① 胃がん検診 | 9,900円 | ● 女性の検診 | |
| ② 大腸がん検診 | 1,760円 (2日法) | ⑩ 子宮頸がん検診 | 3,630円 |
| | [1日法は 880円] | ⑪ 乳腺超音波検診 | 3,850円 |
| ③ 肺がん検診 | 1,100円 (40歳以上) | ⑫ 乳房X線(マンモグラフィ)検診 | 4,400円 |
| 喀痰検査 | 2,530円 (ハイリスク者のみ) | ⑬ 婦人科超音波検診 | 1,650円 |
| ④ 腹部超音波検査 | 5,500円 | ⑭ 骨密度検診 | 1,980円 |
| 膀胱検査 (腹部超音波検査
追加の方のみ) | 1,100円 | | |
| ⑤ 眼底検査(両眼) | 1,276円 | ● 男性の検診 (50歳以上) | |
| ⑥ HbA1c (糖尿病検査) | 1,100円 | ⑮ 前立腺がん検診 | 2,200円 |
| ⑦ ヘリカルCT(肺がん検査) | 11,000円 (40歳以上) | | |
| 〔 SD・SD II コースに追加は
その他コースに追加は | 7,700円
8,800円 | | |
| ⑧ 心電図検査 | 1,650円 | | |
| ⑨ 眼圧検査 | 935円 | | |

その他各種オプションがあります。ご希望の際はご連絡ください。

※ 上記料金には消費税10%が含まれております。

区分	検査項目	コース						
		D	DT	G	G付加	SD	SDII	
一般検査	診察・問診	○	○	○	○	○	○	
	身体計測	身長・体重・肥満度 (BMI)	○	○	○	○	○	○
		視力	○	○	○	○	○	○
		腹囲	○	○	○	○	○	○
		血圧	○	○	○	○	○(2回)	○(2回)
	聴力簡易 (オーディオメータ)	○	○	○	○	○	○	
	検尿	蛋白・糖・潜血	○	○	○	○	○	○
沈渣					○	○1	○1	
呼吸器	胸部 X 線	○	○	○	○	◎	◎	
	肺がん (40歳以上)					○	○	
	肺機能				○	○	○	
消化器	胃部 X 線			○	○	○	○	
	腹部超音波				○	○	○	
	大腸便潜血免疫 (二日法)			○	○	○	○	
生理学	心電図 (安静時)	○	○	○	○	○	○	
	眼底 (両眼)			○2	○	○	○	
	眼圧 (両眼)					○	○	
肝機能	A S T (GOT) ・ A L T (GPT) ・ γ G T (γ -GTP)	○	○	○	○	○	○	
	LD (LDH)			○	○	○	○	
	総ビリルビン			○	○	○	○	
	コリンエステラーゼ					○	○	
	総蛋白・アルブミン			○	○	○	○	
脂質	A L - P			○	○	○	○	
	LDLコレステロール・中性脂肪	○	○	○	○	○	○	
	HDL - コレステロール	○	○	○	○	○	○	
	n o n - H D L コレステロール					○	○	
腎・膵	総コレステロール			○	○	○	○	
	尿素窒素			○	○	○	○	
	クレアチニン・e G F R		○	○	○	○	○	
痛風	血清アミラーゼ			○	○	○	○	
	尿酸			○	○	○	○	
糖代謝	血糖 (空腹時)	○	○	○	○	○	○	
	グリコヘモグロビン A 1 c (HbA 1 c)					○	○	
血液学	白血球数	○	○	○	○	○	○	
	赤血球数・ヘモグロビン	○	○	○	○	○	○	
	ヘマトクリット	○	○	○	○	○	○	
	血小板数	○	○	○	○	○	○	
	血液像				○			
免疫学	CRP					○	○	
	HB s 抗原					○3	○3	
	H C V 抗体					○	○	
	血液型 (A B O / R h) ※初回受診者					○3	○3	
その他	医師による結果説明 (14:30~)					○		
	尿中塩分					○		
	血圧脈波					○		
	体組成					○		
	運動・栄養指導					○		

◎ : 2方向2枚

○1 : 尿蛋白・潜血陽性時に追加

○2 : 医師の判断により実施

○3 : 省略可