

人間ドック検査項目表

価格・内容に関するご注意
 健康保険組合等の契約により補助金制度が適用される場合や追加料金が生じる場合がございます。
 実際のご負担金や検査内容については、ご加入の健康保険組合、お勤め先にお問い合わせください。

検査種別	検査	人間ドック	MRI総合ドック	プレミアム心臓ドック	心臓ドック	心臓・脳ドック	心臓ドックライト	脳ドック	脳ドックライト
		¥49,500	¥79,200	¥123,200	¥88,000	¥99,000	¥55,000	¥49,500	¥35,200
医師診察	医師診察	○	○	○	○	○	○	○	○
身体計測	身体計測	○	○	○	○	○	○	○	○
	体脂肪率	○	○	○	○	○	○	○	○
眼科検査	視力検査	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼圧測定	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼底検査	○	○	○	○	○	○	○	○
聴力検査	聴力検査	○	○	○	○	○	○	○	
血圧測定	血圧測定	○	○	○	○	○	○	○	
循環器検査	安静時心電図	○	○	○	○	○	○	○	
胸部検査	心拍数	○	○	○	○	○	○	○	
	肺機能検査	○	○	○	○	○	○	○	
画像検査	喀痰検査	○	○	○	○	○	○	○	
	胸部X線(2方向)	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	
	胃部X線検査(胃バリウム検査)	○ ※1~3	○ ※1~3	○ ※1~3	○ ※1~3	○ ※1~3	○ ※1~3	○ ※1~3	
	動脈硬化(ABI)	○	○	○	○	○	○	○	
	心臓超音波	○	○	○	○	○	○	○	
	心臓MRI	○	○	○	○	○	○	○	
	頭部MRI・MRA検査	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	○ ※3	
腹部超音波	○	○	○	○	○	○	○		
尿検査	頸動脈超音波	○	○	○	○	○	○	○	
	尿糖定性	○	○	○	○	○	○	○	
	尿蛋白定性	○	○	○	○	○	○	○	
	尿潜血	○	○	○	○	○	○	○	
	尿ウロビリノーゲン定性	○	○	○	○	○	○	○	
	尿PH	○	○	○	○	○	○	○	
	尿比重	○	○	○	○	○	○	○	
尿沈渣	○	○	○	○	○	○	○		
便検査	尿アミラーゼ	○	○	○	○	○	○		
血液検査	便検査(2日法)	○	○	○	○	○	○		
	血液一般	白血球数	○	○	○	○	○	○	
		赤血球数	○	○	○	○	○	○	
		血色素量	○	○	○	○	○	○	
		ヘマトクリット	○	○	○	○	○	○	
		血小板数	○	○	○	○	○	○	
		MCV・MCH・MCHC	○	○	○	○	○	○	
		血液像(白血球像)	○	○	○	○	○	○	
	脂質代謝	血清鉄	○	○	○	○	○	○	
		総コレステロール	○	○	○	○	○	○	
		HDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	
		中性脂肪	○	○	○	○	○	○	
		LDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	
	肝機能	non-HDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	
		動脈硬化指数	○	○	○	○	○	○	
		総蛋白	○	○	○	○	○	○	
		アルブミン	○	○	○	○	○	○	
		A/G比	○	○	○	○	○	○	
		総ビリルビン	○	○	○	○	○	○	
		GOT(AS T)	○	○	○	○	○	○	
腎機能	GPT(AL T)	○	○	○	○	○	○		
	γ-G T P	○	○	○	○	○	○		
	LDH	○	○	○	○	○	○		
尿酸	CHE	○	○	○	○	○	○		
	ALP	○	○	○	○	○	○		
腎機能	血清アミラーゼ	○	○	○	○	○	○		
	尿酸	○	○	○	○	○	○		
	尿素窒素(BUN)	○	○	○	○	○	○		
	クレアチニン	○	○	○	○	○	○		
	eGFR	○	○	○	○	○	○		
	ナトリウム(Na)	○	○	○	○	○	○		
	カリウム(K)	○	○	○	○	○	○		
糖代謝	クロール(Cl)	○	○	○	○	○	○		
	空腹時血糖	○	○	○	○	○	○		
心臓	HbA1c	○	○	○	○	○	○		
	CPK	○	○	○	○	○	○		
血清	NT-proBNP	○	○	○	○	○	○		
	高感度CRP	○	○	○	○	○	○		
	CRP定量	○	○	○	○	○	○		
	RF定量	○	○	○	○	○	○		
	梅毒定性(RPR法)	○	○	○	○	○	○		
	HBs抗原検査	○	○	○	○	○	○		
	HBs抗体	○	○	○	○	○	○		
血液型	HCV抗体検査	○	○	○	○	○	○		
	血液型	○ ※4	○ ※4	○ ※4	○ ※4	○ ※4	○ ※4		
結果説明	医師との対面結果説明	○ ※5	○ ※5	○ ※5~6	○ ※5	○ ※5	○ ※5		

- ※ 費用は全て税込み価格です。
- ※1 ご希望の方は胃部X線検査から胃内視鏡検査に変更変更することが可能です。その場合は感染症検査(別途3,850円費用発生)をご実施いただきます。
- ※2 胃内視鏡検査の際にご希望で鎮静剤(半覚醒状態)を使用可能です。追加料金5,500円が発生いたします。必ず事前に申し込みください。
- ※3 妊娠中、妊娠の可能性のある方はご受診いただけません。
- ※4 初回のみ実施いたします。
- ※5 当日結果説明については胸部レントゲン、心電図など一部検査のみ行います。MRI検査、採血などについては後日書面での結果報告です。希望の方は後日対面で医師からの結果説明を行いますのでご連絡ください。
- ※6 プレミアム心臓ドックの方は当日午後一部の血液検査を含め結果説明を行います。MRI検査は書面での結果を送付いたしますが、希望者の方には後日医師と対面での結果説明を行いますのでご連絡ください。