

契約医療機関受診料及び検査項目一覧表【平成29年度】

検査項目	契約医療機関	戸塚共立メディカルサテライト		コンフォート病院		平沼クリニック	相和会グループ	京浜健診クリニック			東名厚木メディカルサテライト 新横浜メディカルサテライト	
	集団健診※案内1～2頁参照					○		○			○	
	日曜日健診設定	○(月1回)										
	契約コース	人間ドック	生活習慣病	日帰り人間ドック	生活習慣病	特定健診	人間ドック	簡易ドック	総合ドック	充実	基本	人間ドック
	受診料(単位:円) 40歳以上75歳未満の方 ※特定健診(無料)が含まれています	31,040	15,920	28,380	12,960	特定健診のみの方は 無料受診 追加項目(有料)は申 込用紙裏面にて 参照	32,660	21,320	34,860	24,060	18,660	33,200
受診料(単位:円) 16歳以上40歳未満の方	41,040	25,920	38,880	23,460	10,000 *追加項目(有料) は申込用紙裏面参照	42,660	31,320	45,360	34,560	29,160	43,200	
身体計測	身長	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	BMI	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹囲計測	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
眼科	視力	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼底	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	眼圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
聴力	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
尿検査	尿糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ウロビリノーゲン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	潜血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	PH	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	比重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
便検査	沈渣	○	○	○	○	○	陽性のみ	○	○	○	○	○
	潜血反応2日法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	潜血反応1日法 主に大腸の潜血検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
呼吸器	胸部レントゲン直接撮影	○	○	○	○	○	2方向	1方向	○	○	○	○
	肺機能検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
消化器	胃部レントゲン	○	バリウムのみ	○	○	平日のみ	○	○	○	○	○	○
	血清アミラーゼ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
超音波	(胆のう・肝臓・脾臓・腎臓・膵臓)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	循環器	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脂質代謝	血圧測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	心電図	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	心拍数	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	総コレステロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
肝機能	HDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	総蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A/G比	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ZTT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	TTT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	GOT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	GPT	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	r-GTP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
膵機能	アルブミン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	総ビリルビン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	LDH	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腎機能	ALP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	蛋白分画	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	アミラーゼ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿酸(UA)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
電解質	クレアチニン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	eGFR	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿素窒素(BUN)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
糖代謝	ナトリウム・カリウム・クロル・カルシウム	○	○	ナトリウム・クロル	○	○	○	○	○	○	○	○
	空腹時血糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液学	ヘモグロビンA1C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	梅毒血清反応(TPHA・RPR)	○	○	本人希望で省略可	○	○	○	○	○	○	○	○
	CRP定量	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	RF定量	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	TSH(甲状腺)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ASO	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	B型肝炎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	C型肝炎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液型	HBs抗原	○	○	本人希望で省略可	○	○	○	○	○	○	○	○
	ABO式・Rh	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	初回のみ	○
血液一般	白血球	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	赤血球	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血色素量	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ヘモグロビン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ヘマトクリット	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血小板	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	MCV	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	MCH	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
前立腺	MCHC	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血液像	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
卵巣検査	血沈	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	PSA腫瘍マーカー*男性限定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
医師問診	CA125腫瘍マーカー*女性限定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	医師面談	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※上記の契約コース以外を希望される場合は直接各医療機関へお問い合わせ下さい。