

Examinations		検査項目	A	B	B1	C	C1	E
1	Complete Physical Examination	問診・診察・保健指導	■	■	■	■	■	■
2	Vision/Color Test/Ocular Tension	視力/色神/眼圧(緑内障検査)	■	■	■	■	■	■
3	Body Measurement/BMI/BP	身体計測/体格指数/血圧	■	■	■	■	■	■
4	Abdominal Circumference	腹囲	■	■	■	■	■	■
5	Audiometry	聴力検査	■	■	■	■	■	■
6	Comprehensive Screen Profile	総合血液検査	■	■	■	■	■	■
	Complete Blood Count/Iron	血球算定/鉄分						
	Glucose	血糖						
	Electrolyte—Na/K/Cl/Ca	電解質						
	Kidney Function:—BUN/Creatinine	腎機能						
	Gallbladder: T Bil/Dbil	胆嚢						
	Uric Acid	尿酸						
	Liver - TP/Alb/Glob/ALP/r-GTP/GOT/GPT/LDH	肝機能 - 蛋白質・肝機能酵素など						
	Cholesterol/TG/HDL/LDL	血中脂肪分析						
	Thyroid - TSH	甲状腺機能						
	Hepatitis B/C	HBs抗原・HCV抗体						
	HbA1C	グリコヘモグロビン						
	Amylase / Lipase	膵機能						
Cardio CRP	心臓CRP							
Vitamin D	ビタミンD							
7	BreathTek for H.Pylori	ピロリ菌(呼吸検査)	■	■	■	■	■	■
8	Bone Density	骨密度検査	■	■	■	■	■	■
9	Chest X-ray	胸部X線	■	■	■	■	■	■
10	EKG	心電図	■	■	■	■	■	■
11	Abdominal Ultrasound	超音波: 腹部 - 肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓	■	■	■	■	■	■
12	Upper Gastrointestinal Fluoroscopy	食道・胃・十二指腸X線(バリウム)	■	■	■	■	■	■
13	Stool Hemocult	潜血便検査	■	■	■	■	■	■
14	Urinalysis	尿検査	■	■	■	■	■	■
15	Depression Scale*	メンタルヘルスチェック*	■	■	■	■	■	■
Course Price・料金(\$)			350	500	800	810	1050	1500

*メンタルヘルスチェックはサービスの一環で行っております。

<胃内視鏡検査(食道・胃・十二指腸カメラ): Endoscopy> : 提携病院でのご案内となります。ご希望の方は別途お知らせ下さい。

Women's Exam		婦人科健診	W1	W2	W3	W4	W5
15	Pap Smear (PAP)	子宮細胞診・内診: 20歳以上推奨	■	■	■	■	■
16	Mammogram : Above age of 35*	乳房X線(35歳以上のみ)*	■	■	■	■	■
17	Pelvic Ultrasound	超音波 - 子宮・卵巣	■	■	■	■	■
Course Price・料金(\$)			80	180	250	350	480

*乳房X線は当院内ではなく、レントゲンセンターでの受診となり、保険使用となります。

Additional Exam		追加検査項目	Price・料金(\$)
18	CEA/AFP/PSA (Male)	腫瘍マーカー(男性) - 45歳以上	100
19	CEA/AFP/CA125 (Female)	腫瘍マーカー(女性) - 45歳以上	150
20	Spirometry	肺機能検査 - 喫煙者推奨	175
21	Bone Density	骨密度検査	135
22	Microscopy (Urine Micro)	尿沈査	40
23	Ova & Parasite	虫卵便検査	60
24	Thyroid Ultrasound	超音波 - 甲状腺	300
25	Amylase & Lipase	膵機能	60

*メンタルヘルスチェックはサービスの一環で行っております。

*乳房X線はACR認可のレントゲンセンターでの受診となります。

*内視鏡検査とお支払いは提携先の医療機関となります。

*健診結果により、追加の検査が必要な場合は別途料金になりますのでご了承下さい。

*当院健診料金は実費よりディスカウント済みのパック料金です。保険請求の場合は、保険請求基準設定料金での請求となりますが、バランスが発生した場合、ご本人又は会社への請求額がコース料金を超える事はございません。

*検査項目9,11,12,16,17,21,24を当院外で検査された場合、当院からの保険会社への請求は致しかねます。

*料金は通知なしに変更されることがあります。 / * Prices are subject to change without notice.

*Depression Scale is optional.

*Mammography screening at ACR accredited facilities.

Effective: June 2018