

Examinations	検査項目	A	B	B1	C	C1	E	E
		基礎コース	基本コース	超音波コース	バリウムコース	バリウム超音波コース	フルコースManhattan院	フルコースWestchester院
バリウム込のコースは40歳以上推奨								
1	Complete Physical Examination	■	■	■	■	■	■	■
2	Vision/Color Test/Ocular Tension	■	■	■	■	■	■	■
3	Body Measurement/BMI/BP	■	■	■	■	■	■	■
4	Abdominal Circumference	■	■	■	■	■	■	■
5	Audiometry	■	■	■	■	■	■	■
6	Comprehensive Screen Profile	■	■	■	■	■	■	■
	Complete Blood Count/Iron	■	■	■	■	■	■	■
	Glucose	■	■	■	■	■	■	■
	Electrolyte—Na/K/Cl/Ca	■	■	■	■	■	■	■
	Kidney Function:—BUN/Creatinine	■	■	■	■	■	■	■
	Gallbladder: T Bil/Dbil	■	■	■	■	■	■	■
	Uric Acid	■	■	■	■	■	■	■
	Liver - TP/Alb/Glob/ALP/r-GTP/GOT/GPT/LDH	■	■	■	■	■	■	■
	Cholesterol/TG/HDL/LDL	■	■	■	■	■	■	■
	Thyroid - TSH	■	■	■	■	■	■	■
	Hepatitis B/C	■	■	■	■	■	■	■
	HbA1C	■	■	■	■	■	■	■
	Amylase / Lipase	■	■	■	■	■	■	■
Cardio CRP	■	■	■	■	■	■	■	
Vitamin D	■	■	■	■	■	■	■	
7	BreathTek for H.Pylori	■	■	■	■	■	■	■
8	Bone Density	■	■	■	■	■	■	■
9	Chest X-ray	■	■	■	■	■	■	■
10	EKG	■	■	■	■	■	■	■
11	Abdominal Ultrasound	■	■	■	■	■	■	■
12	Upper Gastrointestinal Fluoroscopy	■	■	■	■	■	■	■
13	Stool Hemocult	■	■	■	■	■	■	■
14	Urinalysis	■	■	■	■	■	■	■
15	Depression Scale*	■	■	■	■	■	■	■
<b>Course Price ・ 料金(\$)</b>		<b>350</b>	<b>500</b>	<b>800</b>	<b>810</b>	<b>1050</b>	<b>1500</b>	<b>1365</b>

\*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。**

- ・症状がある方のみ保険で受診ですが、胃腸科センターでのカバー率の確認が必要となります。症状がない方はマンハッタンは\$1400から、ウェストチェスターは\$850から受診が可能です。
- ・胃カメラ受診後にお迎えの方に来て頂く必要がございます。

Women's Exam	婦人科健診	W1	W2	W3	W4	W5
15	Pap Smear (PAP)	■	■	■	■	■
16	Mammogram : Above age of 40*	■	■	■	■	■
17	Pelvic Ultrasound	■	■	■	■	■
<b>Course Price ・ 料金(\$)</b>		<b>80</b>	<b>180</b>	<b>250</b>	<b>420</b>	<b>600</b>

\*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)	100
19	CEA/AFP/CA125 (Female)	150
20	Spirometry	175
21	Bone Density	135
22	Microscopy (Urine Micro)	40
23	Ova & Parasite	60
24	Thyroid Ultrasound	350
25	Amylase & Lipase	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バック料金です。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。