

拝啓、時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は当予防医学センターをご利用頂き、誠にありがとうございます。  
2025 年度生活習慣病予防健診のお申込み手順についてご案内いたします。

全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣病予防健診のお申込みについて

申込期間：2025 年 3 月 1 日～2026 年 2 月 28 日※定員に達し次第締め切ることがあります。  
受診期間：2025 年 4 月 1 日～2026 年 3 月 14 日

1. ハートライフ病院予防医学センターへ申込み

- ① 当院ホームページより当センター専用の『2025 年度 協会けんぽ用申込用紙（ハートライフ病院予防医学センター）』をダウンロードし、必要事項を記入の上 F A Xにてお申込み下さい。日程調整後、当院より連絡いたします。
- ② 申込書にご記入の際は生年月日、お名前（漢字）フリガナにお間違いがないかご確認下さい。

※例年 3 月～6 月頃はお申込みが大変集中しており、決定日のご連絡までに 3 週間程度お時間をいただく事がございます。また、ご希望日でご案内ができない場合は再度日程調整が必要となりますのでご了承下さい。

2. 当センターから必要書類を職場宛へ郵送いたします。（受診日の 3 週間前までに郵送）

■送付先を変更ご希望の方は申込名簿へご記入下さい。

【お知らせ】

- \* お電話での仮予約は行っておりません。必ず申込書を記載し FAX 申込をお願いいたします。
- \* FAX 送信後の到着確認はご遠慮下さい。（3 週間以上決定日の連絡がない場合はお問い合わせ下さい）
- \* FAX がないまたは、ホームページよりダウンロードできない場合などはご相談下さい。
- \* 胃カメラ検査は人数制限がある為ご希望日に添えない場合やキャンセル待ちとなる事がございます。ご了承下さい。

※胃部検査について

生活習慣病健診のセット検査となるため、自己都合によるキャンセルの場合は健診が補助対象外となる場合があります。身体的理由などで実施をご希望されない場合はご相談ください。

# ★一部料金の改定がございますので必ずご確認ください★

## 全国健康保険協会生活習慣病予防健診・オプション検査料金表

2025年度

受診期間2025.4.1～2026.3.14

☆毎月第4土曜日はレディースデー(女性受診者のみ予約)になります

<b>■一般健診¥5,282 (35歳～74歳)</b> (75歳の誕生日前日まで)	
<b>■助成対象外(けんぽ本人以外) ¥18,900</b>	
問診 (喫煙歴・服薬歴など)	血液学的検査 (末梢血液一般検査)
身長・体重・腹囲	生化学検査 (空腹時血糖・Hb-A1c・総コレステロール・中性脂肪
視力・聴力測定	HDLコレステロール・LDLコレステロール・non-HDLコレステロール・尿酸
診察 (胸部聴診・腹部触診)	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・クレアチニン・eGFR)
直腸検査 (必要に応じて)	心電図検査 (12誘導)
血圧測定	胸部レントゲン検査 (直接撮影)
尿検査 (糖・蛋白・潜血)	胃部レントゲン検査 (直接撮影)
糞便検査 (免疫便潜血反応検査2日法)	



<b>■一般健診+付加健診¥14,885 (節目以外)</b> <b>■付加対象¥7,971</b> (40歳以上5歳ごと節目70歳まで) <b>■助成対象外 (けんぽ本人以外) ¥28,500</b>
※一般健診の検査項目も含まれます
尿検査 (尿沈査)
血液学的検査 (血小板数・末梢血液像)
生化学的検査 (総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・LDH)
眼底検査
肺機能検査
腹部超音波検査

■胃カメラ代替料金 (経口・経鼻) ¥6,600・・・要予約 (下記注意事項をご確認下さい)

※経口カメラで鎮静剤を使用した場合は、終日バイク・車の運転はできません

※経鼻カメラ対象外の方…①キシロカイン (薬剤) アレルギー、②血液サラサラの薬服用中、③鼻の骨折・外傷・手術歴のある方

■1日ドック	¥24,917
■2日ドック	¥70,617

} 別途コース表をご用意しています

<b>■肝炎ウイルス検査¥582</b> (35歳以上・検査を受けたことのない方対象) HBs抗原・HCV抗体 (B型・C型肝炎)
---

■婦人科検査 ※お住まいの市町村の婦人科受診券を併用できる場合もあります

	協会補助対象	オプション料金
子宮頸がん検診 (細胞診・経膈エコー)	¥970 (20～74歳の偶数年齢)	¥5,500
マンモグラフィ	¥1,574 (40～49歳の偶数年齢)    ¥1,013 (50～74歳の偶数年齢)	¥6,050
乳腺エコー		¥3,300

35歳未満・協会けんぽ外健康診断

健康診断Ⅰ	¥7,000
健康診断Ⅱ	¥12,700
健康診断Ⅲ	¥14,000

### オプション検査

検 査 項 目	料金 (消費税１０％込み)	検 査 項 目	料金 (消費税１０％込み)		
※ 大腸力メラ検査（追加できないコースがあります） *年齢制限があります（79歳まで） *人間ドックとは別日での検査となります（検査：月～金）	¥16,500	BNP血中濃度測定検査（心機能血液検査）	¥1,540		
※ 大腸ＣＴ検査 *人間ドックとは別日での検査となります （検査日：金曜日）	¥30,000	亜鉛検査 （健康の維持に欠かせないミネラルを測定）	¥1,650		
※ 胸部ＣＴ検査（主に肺がん）	¥11,000	腫瘍マーカー	PSA（前立腺がん）	¥2,200	
※ 腹部ＣＴ検査	¥11,000		AFP（肝がん）	¥1,650	
※ 内臓脂肪量測定（ＣＴ検査にて測定）	¥5,500		CA19-9（膵臓がん）	¥2,200	
※ 頭部MR検査 *脳外科医師による結果説明はありません（検査日：月～金）	¥22,000		CEA（大腸がん）	¥1,650	
※ 膵臓MRI検査 *人間ドックとは別日での検査となります	¥22,000		CA125（卵巣がん）	¥2,200	
※ 頸動脈超音波検査	¥3,850	セツ腫瘍マーカー （男性）	4セット	PSA・CA19-9・CEA・AFP	15%OFF ¥6,545
動脈硬化症検査（ABI） *腹部大動脈瘤・透析中・乳癌手術歴のある方は対象外となります	¥2,200		3セット	PSA・CA19-9・AFP	15%OFF ¥5,143
腹部超音波検査	¥5,500	セツ腫瘍マーカー （女性）	4セット	CA125・CA19-9・CEA・AFP	15%OFF ¥6,545
甲状腺超音波検査	¥2,750		3セット	CA125・CA19-9・AFP	15%OFF ¥5,143
※ 心臓超音波検査	¥9,000	ヘリコバクターピロリ抗体検査			¥1,650
骨粗鬆症検査（骨塩定量） *前腕骨から測定します	¥2,200	*除菌治療をした事のある方は対象外となります			
健康年齢測定（対象者：18～99歳）	¥1,100				
腸内フローラ検査	¥18,700				
腎機能チェックプラス	¥3,500	ハートライフ病院 予防医学センター			
アレルギー36項目検査（MAST36）	¥13,200	月～土曜日：午前9時～午後3時 TEL：0570-00-3255			
アレルギー48項目検査（MAST48）	¥15,400	FAX：098-895-6559			

2025年度協会けんぽ用申込用紙(ハートライフ病院予防医学センター) 健診予約専用 FAX:098-895-6559

事業所情報	
事業所名称	TEL
事業所住所	FAX
保険情報	ご担当者名
③ 保険者番号	④ 保険者名称 全国健康保険協会 支部

上記と異なる場合にご記入下さい

請求先住所・名称

問診票送付先住所

☐ 自宅 ☐ 職場

●健診費用支払方法 (該当箇所にご記入下さい)  
当日窓口で追加になることもあります必ず全項目にチェックしてください

健診コース	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)	婦人科健診	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)
	<input type="checkbox"/> 全額会社請求		<input type="checkbox"/> 全額会社請求
	<input type="checkbox"/> 一般健診料金(5,282円)		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ対象のみ
	<input type="checkbox"/> 会社請求 差額本人払		<input type="checkbox"/> 会社請求
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)	オプション検査	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日)
	<input type="checkbox"/> 全額会社請求		<input type="checkbox"/> 全額会社請求

① 治療中

胃がん健診希望なしの方は  
①～③いずれかを下欄胃検査希望なし理由に○囲みしてください  
※理由がない場合補助の対象外になることがあります。

② 他で検査を受けた または受ける予定がある

③ 身体的理由(アレルギー・妊産婦など)

④ 当日の体調 (健診実施機関医師等の判断)

希望日		フリガナ 氏 名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション 追加	センター記入欄 受診確定日
1	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口 カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸 がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 乳腺 エコー <input type="checkbox"/> マンモグ ラフィー	<input type="checkbox"/> 無		
	3 /	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 2日ドック〔 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇〕	<input type="checkbox"/> 協会子宮 がん 検診のみ				
	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 他 共済組合な ど	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III 健康診断 I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし				
2	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口 カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸 がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 乳腺 エコー <input type="checkbox"/> マンモグ ラフィー	<input type="checkbox"/> 無		
	3 /	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 2日ドック〔 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇〕	<input type="checkbox"/> 協会子宮 がん 検診のみ				
	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 他 共済組合な ど	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III 健康診断 I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし				
3	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口 カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸 がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 ① ② ③	<input type="checkbox"/> 乳腺 エコー <input type="checkbox"/> マンモグ ラフィー	<input type="checkbox"/> 無		
	3 /	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 2日ドック〔 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇〕	<input type="checkbox"/> 協会子宮 がん 検診のみ				
	被保険者証 情報	① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 他 共済組合な ど	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III 健康診断 I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし				

●胃カメラ検査実施について

- ・経口カメラで鎮静剤を使用した場合、終日バイク・車の運転はできません。
- ・経鼻カメラは右記の方の場合は受診ができません。(キシロカインアレルギー、抗凝固剤服用中、鼻骨折、術歴)

労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ提供も対応可能です。 必要時にご依頼下さい。

ハートライフ病院予防医学センター  
Tel 0570-00-3255(月～土 9:00～15:00)

( ) ※予防医学センター記入欄

2025年度協会けんぽ用申込用紙(ハートライフ病院予防医学センター) 健診予約専用 FAX:098-895-6559

事業所情報									
事業所名称				TEL		※事業所情報・請求方法を必ず1枚目にご記入ください			
4	希望日	フリガナ氏名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日
	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3 /			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	① ② ③	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 無
被保険者証情報		① 記号 ② 番号	その他 共済組合など	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	健康診断I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし			
5	希望日	フリガナ氏名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日
	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3 /			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	① ② ③	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 無
被保険者証情報		① 記号 ② 番号	その他 共済組合など	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	健康診断I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし			
6	希望日	フリガナ氏名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日
	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3 /			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	① ② ③	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 無
被保険者証情報		① 記号 ② 番号	その他 共済組合など	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	健康診断I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし			
7	希望日	フリガナ氏名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日
	1 /	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ本人	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 有 別途申込用紙あり	
	2 /			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし理由 <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3 /			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 1日ドック	① ② ③	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 無
被保険者証情報		① 記号 ② 番号	その他 共済組合など	健康診断 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	健康診断I～III 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 希望なし			

●胃カメラ検査実施について

- ・経口カメラで鎮静剤を使用した場合、終日バイク・車の運転はできません。
- ・経鼻カメラは右記の方の場合は受診ができません。(キシロカインアレルギー、抗凝固剤服用中、鼻骨折、術歴)

労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ提供も対応可能です。 必要時にご依頼下さい。

ハートライフ病院予防医学センター  
Tel 0570-00-3255(月～土 9:00～15:00)

事業所名称	オプション希望者氏名 生年月日	連絡先
	氏名 生年月日	

2025年度

# オプション検査申込書

※印の検査については件数に限りがございます。早めにご予約下さい。≫

☆胃カメラ・婦人がん検診の追加は協会けんぽ申込用紙の希望チェックのみで受付可  
オプション申込書の記入は必要ありません

希望 ○印	検 査 項 目				料金 (消費税10%込み)	
	※ 大腸カメラ検査（追加できないコースがあります） *年齢制限があります（79歳まで） *人間ドックとは別日での検査となります（検査：月～金）				¥16,500	
	※ 胃カメラ代替え実施料金（追加できないコースがあります） *ロカメラで鎮静剤使用の場合、自動車等の運転は終日できませんご了承下さい。				¥6,600	
	※ 大腸C T 検査*人間ドックとは別日の検査となります（検査日：金曜日）				¥30,000	
	※ 胸部C T 検査（主に肺がん）				¥11,000	
	※ 腹部C T 検査				¥11,000	
	※ 内臓脂肪量測定（C T 検査にて測定）				¥5,500	
	※ 頭部MR検査 *脳外科医師による結果説明はありません（検査日：月～金）				¥22,000	
	※ 膵臓MR I 検査 *人間ドックとは別日での検査となります				¥22,000	
	※ 頸動脈超音波検査				¥3,850	
	動脈硬化症検査(ABI) *腹部大動脈瘤・透析中・乳がん手術歴のある方は対象外となります				¥2,200	
	腹部超音波検査				¥5,500	
	甲状腺超音波検査				¥2,750	
	※ 心臓超音波検査				¥9,000	
	乳腺超音波検査				¥3,300	
	乳房X線検査(マモグラフィ)〔2方向〕				¥6,050	
	※ 子宮頸がん検査（頸部細胞診・経膈IC-）				¥5,500	
	骨粗鬆症検査（骨塩定量）*前腕骨から測定します				¥2,200	
	健康年齢測定（対象者：18～99歳）				¥1,100	
	腸内フローラ検査				¥18,700	
	腎機能チェックプラス				¥3,500	
	血 液 検 査	NT-proBNP血中濃度測定検査(心機能血液検査)			¥1,540	
		亜鉛検査（健康の維持に欠かせないミネラルを測定）			¥1,650	
		腫瘍 マ ー カ ー	P S A （前立腺がん）		¥2,200	
			A F P （肝がん）		¥1,650	
			C A 1 9 - 9 （膵臓がん）		¥2,200	
			C E A （大腸がん）		¥1,650	
			C A 1 2 5 （卵巣がん）		¥2,200	
		セ腫瘍 マ ー カ ー	男 性	4セット	PSA・CA19-9・CEA・AFP	15%OFF ¥6,545
				3セット	PSA・CA19-9・AFP	15%OFF ¥5,143
			女 性	4セット	CA125・CA19-9・CEA・AFP	15%OFF ¥6,545
				3セット	CA125・CA19-9・AFP	15%OFF ¥5,143
			ヘリコバクターピロリ抗体検査 *除菌治療をした事のある方は対象外となります			¥1,650
			アレルギー36項目検査（MAST36）			¥13,200
			アレルギー48項目検査（MAST48）			¥15,400

( )※予防医学センター記入欄

## 2025年度 健康診断結果「事業所控え分」発行依頼書

社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院  
予防医学センター      **FAX098-895-6559**

以下のとおり、健康診断結果事業所控え分の発行を依頼します。  
依頼にあたり、健診結果を入手することは受診者より同意を得ていることを報告いたします。

事業所番号(保険証記号)		
事業所名称		
健診データとりまとめ期間	月締め(1ヶ月分ずつ)      ・      年度締め(全員受診後)	
	※データは受診者全員分となります。希望なしの方を省くことはできません。	
申請理由		
作成型態	CD-R(CSV)	
担当者名・連絡先	氏 名	TEL
健康診断結果送付先	原則、協会けんぽ用申込用紙にご記入いただいた事業所住所へ郵送します。	
備 考		

年度締めでCSVデータを作成する際は、労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ集計もあわせて行っております。全員の受診が済みましたら作成いたしますので必要時にご連絡下さい。

〒901-2492  
沖縄県中城村字伊集208番地  
社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院  
予防医学センター  
TEL0570-00-3255(9:00~15:00)

# 健 診 コ ー ス 表

## 《健康診断Ⅰ》 ￥7,000 (消費税込み)

診察（視診・触診・聴打診など）  
問診（既往歴等の調査・喫煙歴及び服薬歴）  
自覚症状及び他覚症状の有無の検査  
血圧、視力、聴力、身長、体重、腹囲  
尿検査（蛋白・潜血・ウロビリ・糖）  
胸部X線直接撮影（正面）  
血液一般検査（赤血球数・血色素量・赤血球容積比・白血球数）  
肝機能検査（GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP）

## 《健康診断Ⅱ》 ￥12,700 (消費税込み) 法定健診項目・特定健診項目含む

診察（視診・触診・聴打診など）  
問診（既往歴等の調査・喫煙歴及び服薬歴）  
自覚症状及び他覚症状の有無の検査  
血圧、視力、聴力、身長、体重、腹囲  
尿検査（蛋白・潜血・ウロビリ・糖）  
血液一般検査（赤血球数・血色素量・赤血球容積比・白血球数）  
胸部X線直接撮影（正面）  
脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）  
肝機能検査（GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP）  
循環器検査（心電図）  
糖尿病検査（空腹時血糖・HbA1c）  
痛風検査（尿酸）  
腎機能検査（クレアチニン）

## 《健康診断Ⅲ》 ￥14,000 (消費税込み) 法定健診項目・特定健診項目含む

診察（視診・触診・聴打診など）  
問診（既往歴等の調査・喫煙歴及び服薬歴）  
自覚症状及び他覚症状の有無の検査  
血圧、視力、聴力、身長、体重、腹囲  
尿検査（蛋白・潜血・ウロビリ・糖）  
血液一般検査（赤血球数・血色素量・赤血球容積比・白血球数）  
胸部X線直接撮影（正面）  
脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）  
肝機能検査（GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・TP）  
循環器検査（心電図・眼底）  
糖尿病検査（空腹時血糖・HbA1c）  
痛風検査（尿酸）  
腎機能検査（クレアチニン・BUN）