【2024年10月5	<mark>施行版】</mark> 検査項目		基本的			
コース料金(税込)▶ ★マークが付いた項目は日本人間ドック学会推奨項目です						
医師診察	問診・診察・総合判定	*	•			
	身長·体重·肥満度·血圧·BMI	*	•			
身体計測	腹囲	*	•			
	□ 視力・聴力 □ 尿蛋白・尿糖	<u></u> ★	•			
尿検査	潜血	*	•			
冰快直	ウロビリノーゲン・PH	*	•			
	沈渣					
便潜血反応検査	便ヒトヘモ2回法	*				
心電図検査		*				
肺機能検査(肺活量		*				
	白血球 赤血球・血色素・ヘマトクリット	★				
	血小板	*				
血液一般	MCV·MCH·MCHC	*				
	白血球分類(白血球像/末梢血液像)					
	血清鉄 松尾点・マルゴミン	*				
	総蛋白・アルブミン 総ビリルビン・ALP	*				
肝機能検査	γ-GTP	*				
	GOT(AST)·GPT(ALT)	*				
	LDH·CHE·CPK					
	総コレステロール	*				
脂質検査	HDLコレステロール	*				
	LDLコレステロール 中性脂肪	*				
	クレアチニン	*				
腎機能検査	尿素窒素BUN					
	e-GFR					
血液型						
痛風検査	尿酸					
電解質検査	ナトリウム・カリウム・クロール・カルシウム					
糖尿病検査	血糖(空腹時)	*				
	へモグロビンA1c(HbA1c)	*				
膵機能検査	アミラーゼ					
炎症反応検査	CRP	*				
	リュウマチ因子					
感染症検査	梅毒反応・TPHA・RPR法					
	HBs抗原·HCV抗体	*				
胸部・心臓検査	胸部エックス線 喀痰細胞診検査	*				
	胸部CT					
80 - IA +	眼圧検査	*				
眼の検査	眼底検査	*				
	腹部超音波(肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓)	*				
腹部内臓検査	腹部CT					
12、小川川川川 1月	内臓脂肪CT					
	腸内フローラ	_				
動脈硬化検査	血圧脈波検査					
	ロックス・インデックス 胃透視検査(バリウム)	*				
消化器検査	胃力メラ検査	_				
ᄱᅜᄺ	胃ABC検査					
	頭部CT					
頭部	脳検査 (MRI・MRA・頸動脈エコー) ^{※1}					

	健診		生活習慣组		
法定健診	雇い入れ健診	協	会けんぽ/一般健診		会けんぽ/付加健診
9,980円	9,000円	補助あり	5,282円	補助あり	※40・45・50・55 60・65・70歳の方
※過去の受診結果 記載あり	※就労の可否の	補助なし	22,000円 付加健診のみ	補助	7,971円 31,000円
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	004.477	·6 U	追加の場合+9,000円	なし	31,000円
•	•		•		•
•			•		•
•	•				
•	•			•	
•	•	•		•	
		1			•
			•		•
•	•				
	_				
		-	•	-	•
•	•		•		•
					•
					•
					•
•	•	-	•		•
•			•		•
	_				•
			•		•
•	•		•	•	
•	•		•		
•	•		•	•	
			•		•
			•		•
			•		•
•	•		•		•
•			•		•
				_	•
•	•		•	•	
			▲医師の指示		•
					•
			•		•
		+3,000円※2		+3,000円※2	

4+ c	4+ c 7+ -A	77 B 18 - 4	** 1.	10 6	
特定健診	特定健診	簡易ドック	基本		プレミアムドック
名古屋市国保	社会保険	胃ABCドック	アミノインデックス なし	アミノインデックス あり	84,000円
		29,000円			1,000円分の お食事券
自己負担0円	※健保により 異なります	+	35,000円	55,000円	+
	共なりより	腹部エコー検査	1,000円分の お食事券付き	1,000円分の お食事券付き	1,000円分の クオカード付き
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
_	•		•	•	•
•	•				
		•	•	•	•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
▲医師の指示	▲医師の指示	•	•	•	•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•
			•	•	•
		•	•	•	•
			•	•	•
			•		
•	•		•		
•	•	•	•		•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
			•	•	•
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
_	_	_	•	•	•
•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•
			•	•	•
			•	•	•
			•	•	•
			•	•	•
▲医師の指示	▲医師の指示	•	•	•	•
					•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
		•	•	•	•
		+20.00	0四※コーフ宀ゞ 	1 加限史	•
		+20,000円※コース内追加限定			
					•
			+3,000円※2	+3,000円※2	+3,000円※2
		•	r3,000□ M2	13,000□ /*2	13,000円~2
					+10,000円
					※コース内追加限定
			+33,000円	+33,000円	+33,000円
			※コース内追加限定	※コース内追加限定	※コース内追加限定
		+20,000円 ※コース内追加限定		•	+20,000円 ※コース内追加限定
		◇コーヘビルの 成正			
					2024年10月より