







健診前日・当日の注意事項

健診内容、予約時間は受診票にてご確認ください。

	前日				当日		
胃部バリウム検査 上部内視鏡検査 腹部超音波検査 がある方	 食事	 アルコール	 喫煙	 薬	 食事	 糖分(飴・ガム等)	 水分
	△ ₁	×	×	△ ₂	×	×	×
△1…予約時間の12時間前まで(21時頃まで)にお召し上がりください。 水分は就寝までに水・日本茶・紅茶(砂糖、ミルクを混ぜない)を適量お飲みいただいても結構です。 検査当日3時間前に水(炭酸水、フレーバーは不可)150mlまでは摂取可。 △2…かかりつけ医に事前にご相談してください。							
上記以外で 血液検査 がある方	○	×	×	△ ₁	△ ₂	△ ₂	○
	△1…かかりつけ医に事前にご相談してください。 △2…予約の5時間前までは摂取可。 注)バリウム・腹部エコーがない方は、適度な水分補給(糖分の入っていないもの)をお願いします。						
上記検査 がない方	○	×	×	△ ₁	△ ₂	△ ₂	○
	△1…かかりつけ医に事前にご相談してください。 △2…尿検査のある方は、採尿後であれば摂取可。						

当日持参していただくもの

<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 	<input checked="" type="checkbox"/> 同封されている方のみ 検査キット(採取したもの※1) 
<input checked="" type="checkbox"/> 同封されている受診票 	<input checked="" type="checkbox"/> 遠方用メガネ (メガネを併用して使用されている方) 
<input checked="" type="checkbox"/> コンタクトレンズケース (使用されている方) 	<input checked="" type="checkbox"/> 自己負担金 (一部クレジットカード可) 
<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合など、申し込み団体からの受診票・受診券など(お持ちの方) ※当日ご持参がないと、受診できない場合がございます。	

受診票は必要箇所をご来院までに記入して、受付に提出してください。

受診内容により、検査キットを同封してあります。説明文にしたがい、採取の上、当日受付に提出してください。

尚、受診日より前の提出は受付けておりませんので、ご了承ください。

※1/尿→受診日当日の朝のもの。 検便→受診日前5日以内のもの

血液検査オプション

検査項目	価格(税込)	お申込欄
001 すい臓、胆のう、胆管がん CA19-9	¥2,200	<input type="checkbox"/>
002 大腸、胃、肺がん CEA	¥2,200	<input type="checkbox"/>
003 肺がん、食道がん、子宮頸がん SCC	¥2,200	<input type="checkbox"/>
004 肺がん、子宮頸がん シフラ	¥2,200	<input type="checkbox"/>
005 肝臓がん AFP	¥2,200	<input type="checkbox"/>
006 食道、大腸、乳がん 抗p53抗体	¥3,300	<input type="checkbox"/>
007 がんリスク検査 ※事前予約要 アミノインデックス	¥25,300	<input type="checkbox"/>

がん系統

013 脳梗塞・心筋梗塞 ※事前予約要 LOX-index	¥15,400	<input type="checkbox"/>
014 心機能検査 NT-proBNP	¥3,300	<input type="checkbox"/>
015 初期認知症 ※事前予約要 MCIスクリーニング	¥22,000	<input type="checkbox"/>
016 遺伝子検査 マイクロアレイ検査 ※1週間前までの予約要	¥99,000	<input type="checkbox"/>

生活習慣病

022 ピロリ菌検査 抗ヘリコバクター・ピロリ抗体	¥3,300	<input type="checkbox"/>
023 ABC検診 ペプシンノーゲン検査+ピロリ抗体	¥7,700	<input type="checkbox"/>
024 甲状腺検査 TSH・FT3・FT4	¥4,400	<input type="checkbox"/>
025 HBs抗原(B型肝炎)、HCV抗体(C型肝炎) 各	¥2,200	<input type="checkbox"/>
026 血液型 ABO式Rh(D)	¥2,200	<input type="checkbox"/>
027 梅毒 TPHA	¥2,200	<input type="checkbox"/>
028 HIV HIV抗体	¥2,200	<input type="checkbox"/>

生活改善・他

生体検査オプション

検査項目	価格(税込)	お申込欄
008 腹部超音波(検査時間15分程度)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
009 大腸がん 便潜血(2日法)	¥1,650	<input type="checkbox"/>
010 肺がん(喀痰細胞診)	¥3,300	<input type="checkbox"/>
011 胃がん(X線検査)(検査時間5分程度)	¥13,200	<input type="checkbox"/>
012 胃がん(内視鏡検査)(検査時間30分程度)	¥16,500	<input type="checkbox"/>
バリウムからの変更の場合	¥8,250	<input type="checkbox"/>

017 血圧脈波 CAVI(検査時間5分程度)	¥2,200	<input type="checkbox"/>
018 頸部超音波(頸動脈)(検査時間15分程度)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
019 骨密度(骨粗鬆症)(検査時間3分程度)	¥2,200	<input type="checkbox"/>
020 心電図検査(検査時間3分程度)	¥1,100	<input type="checkbox"/>
021 負荷心電図検査(検査時間6分程度)	¥1,100	<input type="checkbox"/>

029 甲状腺超音波(検査時間15分程度)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
030 眼底(検査時間1分程度)	¥1,650	<input type="checkbox"/>
031 眼圧(検査時間1分程度)	¥1,650	<input type="checkbox"/>

メンズプラン

- 男性向けセット(PSA・CA19-9・AFP・シフラ) ¥8,250
- ※PSAのみの受診も行っております。 ¥2,200

脳ドック検査

- 脳ドック/Aコース(頭部MRI・MRA) ¥29,700
- 脳ドック/Bコース(頭部MRI・MRA+頸部MRA+頸動脈超音波) ¥38,500
- 脳ドック/Cコース(頭部MRI・MRA+頸部MRA+頸動脈超音波+動脈硬化検査+Lox-index) ¥55,000

肺ドック検査

- 肺ドック/Aコース(CT) ¥13,200
- 肺ドック/Bコース(CT+喀痰検査) ¥16,500
- 肺ドック/Cコース(CT+喀痰検査+腫瘍マーカーSCC・CEA・SLX・シフラ) ¥27,500

大腸CT検査

- 大腸がんCT検査コース ※下剤、検査食 含む ¥33,000

※受診されるコース内容に含まれるものもございます。受診検査項目と合わせてご覧ください。※検査時間には個人差があります。お時間の目安として参考にしてください。
※金額はすべて税込みの金額です。

レディースプラン

- 女性向けセット(CA125・CA19-9・AFP・SCC) ¥8,250

女性限定オプション検査

乳がん	腫瘍マーカー CA15-3	¥2,200	<input type="checkbox"/>
	乳房超音波	¥6,600	<input type="checkbox"/>
	3Dマンモグラフィ(2方向)	¥11,000	<input type="checkbox"/>
	マンモグラフィ(2方向)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
子宮、卵巣がん	視触診(単独受診不可)	¥1,100	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー CA125	¥2,200	<input type="checkbox"/>
	HPV(医師採取法)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
女性ホルモン	子宮頸部細胞診(医師採取法)	¥6,600	<input type="checkbox"/>
	エストロゲン	¥3,300	<input type="checkbox"/>
クラミジア	クラミジアPCR	¥6,600	<input type="checkbox"/>
	クラミジアトラコマチス抗体	¥2,200	<input type="checkbox"/>

お申し込みは、事前にファックスでご予約お願いいたします。

会社名

生年月日

決定済
検診予約日

ご氏名

ご連絡先



医療法人 尚仁会 名古屋ステーションクリニック

FAX:052-551-6664 TEL:052-551-6663(平日9:00~17:00)