

# ◇ 検 査 項 目 一 覧 表 ◇

2024/4/1

	特定健康 診 査	定期健診 (B-1)	定期健診 (B-2)	定期健診 (B-3)	定期健診 (B-4)	定期健診・ 雇入時健診 (A-1)	定期健診 (A-2)	特定業務健診 A (深夜業等)	協会けんぽ 一般健診	協会一般 + 付加健診	協会一般 + 差額ドック	一般健診 自費	人間ドック 自費
健診料金(円):税抜	各保険別	3,000	5,000	6,000	6,200	7,000	7,200	6,000	4,800	7,241	14,650	21,200	35,000
税込		3,300	5,500	6,600	6,820	7,700	7,920	6,600	5,280	7,965	16,115	23,320	38,500
対象年齢	40歳以上 他	34歳以下及び 36～39歳	34歳以下及び 36～39歳	34歳以下及び 36～39歳	34歳以下及び 36～39歳	35歳及び 40歳以上	35歳及び 40歳以上	35歳及び 40歳以上	35歳以上 本人	40歳～5歳 刻み 本人	35歳以上 本人	特になし	特になし
診 察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
身 長	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
体 重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
肥満度	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B M I	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹 囲	○					○	○		○	○	○	○	○
視 力		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
聴 力		○ (会話法)	○ (会話法)	○ (会話法)	○ (会話法)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)	○ (オーディオメーター)
血 圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
尿 検 査	糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	潜血					◎	○	○	○	○	○	○	○
	ウロビリノーゲン										○		○
	沈 渣									○	○		○
血 液 検 査 項 目	赤血球	□		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	白血球			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血色素量	□		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ヘマトクリット	□		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血小板			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血液像									○	○		○
	AST(GOT)	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ALT(GPT)	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	γ-GTP	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	総コレステロール			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	中性脂肪	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	HDLコレステロール	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	LDLコレステロール	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血糖	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	HbA1c	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿酸	□				○	○		○	○	○	○	○
	クレアチニン	□		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ALP					○	○		○	○	○	○	○
	総蛋白									○	○		○
	アルブミン									○	○		○
	総ビリルビン									○	○		○
	LDH									○	○		○
	アミラーゼ									○	○		○
	Ch-E										○		○
	A/G比										○		○
	BUN										○		○
	eGFR	□		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	CRP										○		○
	RF										○		○
	HBs抗原										○		○
	HCV抗体										○		○
	TPHA										○		○
心 電 図	□			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸 部 X 線		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
(側面)											○		○
胃 部 X 線									○	○	○	○	○
便潜血(2日法)									○	○	○	○	○
超音波検査										○	○		○
肺機能検査										○	○		○
眼 底 検 査	□									○	○		○
眼 圧 検 査										○	○		○

□: 保険により異なります。  
◎: 雇入健診に尿潜血は含まれません。

一般社団法人  
葛城メディカルセンター