

# ウィンター特割コースのご案内

12/1～3/31までの期間限定

※ご希望のコースにより実施可能な曜日が限定されます。予約の際にご確認ください。

| 健診コース            |                           | 人間ドック   | 婦人科充実コース                 | がん充実コース<br>(大腸内視鏡検査は別日)    |
|------------------|---------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| 通常料金(税込)         |                           | 41,800円   | 49,500円                  | 【男性】90,200円<br>【女性】99,000円 |
| 特割料金(税込)         |                           | 30,800円   | A1:38,500円<br>A2:41,800円 | 【男性】68,200円<br>【女性】77,000円 |
| 内科診察             | 問診、聴打診、血圧測定               | ○   | ○                        | ○                          |
| 身体計測             | 身長、体重、肥満度、BMI、体脂肪率、腹囲     | ○   | ○                        | ○                          |
| 眼科検査             | 視力、眼底撮影、眼圧測定              | ○   | ○                        | ○                          |
| 聴力検査             | オーディオメーター(1000Hz・4000Hz)  | ○   | ○                        | ○                          |
| 呼吸機能検査           | スパイロメトリー                  | ○   | ○                        | ○                          |
| 心電図検査            |                           | ○   | ○                        | ○                          |
| 胸部X線検査(2方向)      |                           | ○   | ○                        | ○                          |
| 上部消化管検査 ※1       |                           | 上部消化管X線検査(胃透視)<br>※ 経鼻または経口内視鏡検査へ変更できます<br>(追加料金あり¥3,300) |                          | 経鼻または経口<br>内視鏡検査           |
| 腹部超音波検査          |                           | ○   | ○                        | ○                          |
| 乳がん検査<br>(女性のみ)  | 乳腺超音波またはマンモグラフィ           |   | ○<br>A1:選択 A2:両方         | ○                          |
| 子宮がん検査<br>(女性のみ) | 子宮頸部細胞診                   |   | ○                        | ○                          |
| 骨密度検査(女性のみ)      |                           | ○   | ○                        | ○                          |
| 便検査              |                           | ○   | ○                        | ○                          |
| 尿検査              | 蛋白、糖、ウロビリノーゲン、潜血          | ○   | ○                        | ○                          |
| 血液検査             | 赤血球、白血球、Hb、Ht、血小板         | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | AST・ALT・γ-GTP、ALP、TP、LDH  | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | 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     | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | A/G、総ビリルビン、βリポ蛋白、アミラーゼ    | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | 尿素窒素、クレアチニン、eGFR          | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | アルブミン、コリンエステラーゼ           | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | 尿酸、血糖、HbA1c、Fe、Na、Cl、K、RF | ○   | ○                        | ○                          |
|                  | BNP                       |   |                          | ○                          |
|                  | ABC検査                     |   |                          | ○                          |
| 腫瘍マーカー           | PSA(男性のみ)                 | ○   |                          | ○                          |
|                  | CA125(女性のみ)               |   | ○                        | ○                          |
|                  | CEA・AFP・CA19-9            |   |                          | ○                          |
|                  | SCC・NSE                   |   |                          | ○                          |
| 胸部CT検査           |                           |   |                          | ○                          |
| 腹部CT検査           |                           |   |                          | ○                          |
| 内臓脂肪測定           |                           |   |                          | ○                          |
| 心臓超音波検査          |                           |   |                          | ○                          |
| 大腸内視鏡検査 ※1※2     |                           |   |                          | ○<br>(別日)※2                |

※1 内視鏡検査にて病理検査がある場合は別途費用が必要になります。

※2 ご希望の方には大腸内視鏡検査日に健診結果のご説明ができます。

ニーズに応じて様々なオプション検査をご用意しております。ご予約の際にお問い合わせください。

◎予約制となります。お電話にてお申込みください。

医療法人財団 医親会

マリンクリニック

健診予約案内 平日 9:00～17:00

TEL:052-954-8001

FAX:052-954-0070

URL <https://www.marine.jp>

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-20-17 KDX桜通ビル4階



医親会

