

(2024年度)伊豆保健医療センター

I. 健康診断コース(一般健診、特定健診を含む)の検査項目、料金

※赤字の項目は2024年度から追加

検査項目		
医師診察、問診、特定健診問診票		○
身長、体重、視力、聴力、腹囲		○
血圧、脈拍		○
胸部X線検査(直接撮影)		○
尿検査	蛋白、糖、潜血、ウロビリノーゲン	○
血液一般	赤血球数、白血球数、ヘマトクリット ヘモグロビン、血小板数、 血清鉄	○
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP	○
	TP 、ALP、 Alb 、 A/G比	○
血中脂質検査	LDL・HDLコレステロール、中性脂肪 総コレステロール、non-HDLコレステロール	○
血糖検査	空腹時血糖、 ヘモグロビンA1c	○
痛風検査	尿酸	○
腎臓検査	クレアチニン、e-GFR	○
心電図検査(安静時12誘導)		○
大腸がん検査(免疫学的便潜血反応検査2日法)		○
合計金額(消費税込)		¥15,400

II. オプション健康診断項目と料金

検査項目	料金(税込)
胃部X線検査(直接)	¥9,350
眼底検査(両眼)	¥1,650
乳がん検診:マンモグラフィー(1方向)	¥3,300
子宮がん検診:頸部細胞診	¥5,500
前立腺がん検診:血液検査(PSA)	¥2,200

(申込先)

公益財団法人 伊豆保健医療センター

TEL:0558-76-6820、FAX:0558-76-1568

〒410-2315 静岡県伊豆の国市田京270-1

旭化成健康保険組合
家族健診 申込書

申込日 : 年 月 日

フリガナ	被保険者証		生年月日	
	記号	番号		
申込者氏名	20		S	年 月 日
	21		H	
住所 (案内送付先)	〒 ー			
電話番号	*TELは受診日の調整等、昼間に連絡の取れる番号をご記入下さい。			
健診コース (希望コースにレ点)	<input type="checkbox"/> 健康診断コース(税込:15,400円) <input type="checkbox"/> 特定健診(特定健診受診券持参で窓口負担なし) *コース単価の設定になっていますので、実施されなかった検査に対する減額はいたしません。 *40歳以上で健診前10時間以内に飲食をした方については、随時血糖となります。 *特定健診受診券の利用の場合は、特定健診項目のみの実施になります			
オプション健診 (希望項目にレ点)	検査項目	金額(消費税込)		
	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(直接)	9,350円		
	<input type="checkbox"/> 眼底検査(両眼)	1,650円		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:マンモグラフィ(1方向)	3,300円		
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診:頸部細胞診	5,500円		
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診:血液検査(PSA)	2,200円			
希望日 (月~土で記入)	第1	年 月 日(曜日)		
	第2	年 月 日(曜日)		
	第3	年 月 日(曜日)		
	*日曜・祝日及び不定期で休診となりますので、予めご了承下さい。			
要望等				

*ご提供いただいた個人情報については、適切に利用し情報管理に十分配慮いたします。

*健診のお申込みをされた方に、後日、お電話にてご連絡いたします。