

(2024年度)医療法人伯鳳会 大阪中央病院 健康管理センター

I. 一般健康診断コース(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		
身長、体重、標準体重、BMI、体脂肪率、腹囲測定		
血圧測定、視力検査、聴力検査		
眼底検査(両眼)		
胸部X線検査(直接撮影)		
尿検査	糖・蛋白・ 潜血	
血液学的検査	赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット	
	白血球数・血清鉄	
血液検査	肝機能	GOT・GPT・ γ-GTP・ALP
	血中脂質	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	空腹時血糖 ・HbA1c
痛風、腎臓	尿酸・クレアチニン・ e-GFR	
心電図(安静時12誘導)		
大腸がん検査	便潜血反応検査2回法	
合計料金(税込) ￥15,785		

II. オプション健診項目と料金

健診項目		料金(税込)
胃部X線検査(直接撮影法)		￥14,300
子宮(頸部)がん検診		￥6,600
乳がん(単独)	乳房超音波	￥4,400
	マンモグラフィー2方向	￥6,050
乳がん(セット)	視触診+乳房超音波	￥5,500
	視触診+マンモグラフィー2方向	￥7,150
前立腺がん検診:血液検査(PSA)		￥2,090

(申込先)

医療法人伯鳳会 大阪中央病院 健康管理センター

FAX:06-4795-5501、TEL:06-4795-5500

〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目3番30号

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	年 月 日
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。			
一般健診 特定健診を含む (希望コースにレ点)	<input type="checkbox"/> コース設定金額 (税込:15,785円)			
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(直接撮影法)		14,300円	
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診:子宮頸部細胞診		6,600円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:マンモグラフィー(2方向)		6,050円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:乳房超音波		4,400円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(セット):視触診+マンモグラフィー(2方向)		7,150円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(セット):視触診+乳房超音波		5,500円	
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診:血液検査(PSA)		2,090円		
希望日 (月~金で記入)	第1	年 月 日	(曜日)	
	第2	年 月 日	(曜日)	
	第3	年 月 日	(曜日)	
*受診日、受付時間は日程案内でお知らせします。				
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、健診のご案内をお送り致します。