

【 健康診断の流れ（申し込み～通知まで） 】

申し込み

・お電話又はFAX・メールにて下記担当者までお申し込みください。

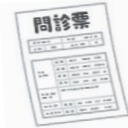


日程調整

・日程調整後ご連絡いたします。
(調整に2～3日いただく場合もございます。)
・企業健診のみ、後日、当日のご案内や注意事項・問診票をお届け致します。

健診当日

・問診票の記入及び確認、身体測定・各種検査
・医師による問診
・本人負担の場合は、健康診断終了後窓口にてお支払いいただきます。



結果通知

・結果は後日郵送及び地域医療連携室担当者がお届けいたします。
・企業請求の場合は結果と併せて請求書を発行いたします。



ご予約・お問合せ

原則事前予約制となります

- ・ご予約・お問合せ受付：月～金曜日 午前8：30～17：30
土曜日 午前8：30～12：30
- ・担当者：【地域医療連携室】 工藤 ・ 高橋
- ・TEL：0137-84-5011 (代)
0137-84-6640 (直)
- ・FAX：0137-83-8018 (直)



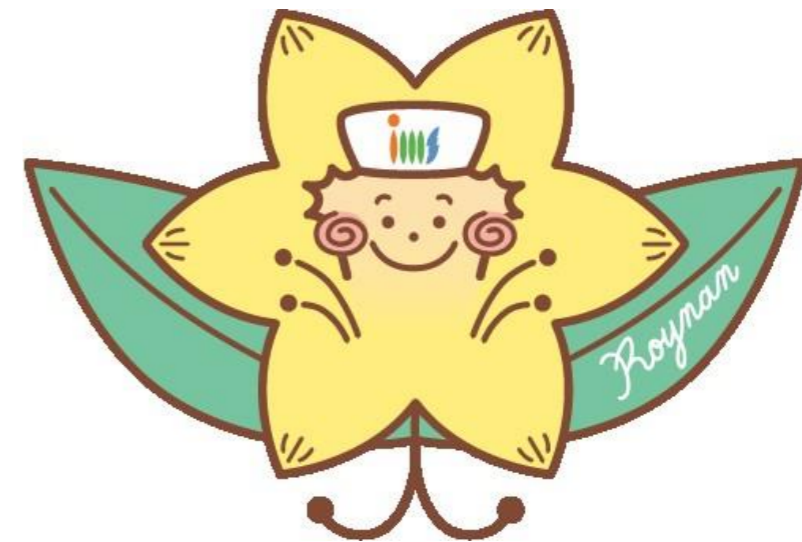
※健康診断にて2次検査対象となった方の受診もお受けしております。その際は保険適応となります。

※専門医への受診が必要な方には、診療情報提供書(紹介状)の作成や受診予約等のお手伝いも行っております。

健康なときこそ体を
チェックしませんか？

自分のために 大切な人のために

健康診断のご案内



IMS<イムス>グループ 医療法人財団明理会 道南ロイヤル病院

☎ 0137-84-5011 (代)

【 健康診断セットのご案内（料金は全て税込みです） 】

- ◆ Aコース . . . (一般) 13,000円 (企業) 11,500円
- ◆ Bコース . . . (一般) 7,000円 (企業) 5,500円
- ◆ Cコース . . . (一般) 18,000円 (企業) 16,000円



検査項目		Aコース	Bコース	Cコース
問診		●	●	●
身体計測（腹囲・BMI含）		●	●	●
視力・聴力		●	●	●
血圧測定		●	●	●
血液検査	貧血検査	赤血球数	●	●
		血色素量	●	●
		白血球数	●	●
		ヘマトクリット	●	●
		血小板数	●	●
	血中脂質検査	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	●	●
	肝機能検査	総ビリルビン		
		アルカリフォスファターゼ		
		AST (GOT)	●	●
		ALT (GPT)	●	●
	胆のう・膵臓検査	γ-GTP	●	●
		乳酸脱水素酵素 (LDH)		
		血清アミラーゼ (Amy)		
	腎機能検査	尿素窒素 (BUN)		
		クレアチニン (CRE)		
		尿酸 (UA)		
	糖尿病検査	血糖	●	●
HbA1c				
尿検査	糖	●	●	
	蛋白	●	●	
	潜血			
	ウロビリノーゲン			
胸部検査	胸部レントゲン検査	●	●	
胃部検査	胃部レントゲン検査（バリウム）		●	
心電図	標準12誘導	●	●	

※上記コースは一例です。その他項目についてはお問合せください。

※料金については2024年3月15日改定後の料金となります。今後変更になる場合もございます。

【 健康診断オプションのご案内（料金は全て税込みです） 】

- ※ オプション検査のみのご利用も可能です。
- ※ 下記にない項目でご希望のものがございましたらご相談ください



<血液検査>		<レントゲン・CT検査>	
①ピロリ菌検査	500円	⑦胃部レントゲン（バリウム検査）	5,000円
②糖代謝検査（血糖・HbA1c）	1,100円	⑧骨塩定量検査（骨密度）	2,200円
③腎機能検査 （尿素窒素・クレアチニン・尿酸）	500円	⑨肺CT検査	7,700円
④腫瘍マーカー ・PSA（前立腺特異抗原検査）	3,850円	⑩腹部CT検査（CT体脂肪検査含）	7,700円
・CEA（大腸・胃・膵臓・肺・子宮がん）	3,850円	⑪CT体脂肪検査	2,200円
・CA125・SCC （卵巣がん・子宮体がん・子宮頸がん）	2,750円	⑫リニューアルキャンペーンセット （⑧+⑨+⑩+⑪）	15,000円
⑤新型コロナウイルス抗体検査	2,750円	⑬アスベスト健診（問診、胸部レントゲン）	5,500円
⑥感染症（肝炎・梅毒）	3,850円	<その他の検査>	
<切り取り線>		⑭呼吸機能検査（スパイロメトリー）	2,200円
		⑮腹部超音波検査（腹部エコー）	5,830円
		⑯眼底検査	1,100円
		⑰便潜血検査（1回法）	1,100円
		⑱便潜血検査（2回法）	1,500円
		⑲胃管内視鏡検査	18,700円

健康診断申込書

申込日: 2024年 月 日

*日程調整にお時間をいただく場合がございます。希望日は余裕をもってお申込みください。

ふりがな			生年月日 (個人の場合)	年	月	日(歳)
氏名又は企業名			連絡先			
ご住所						
受診希望日	第一希望日	月 日() [時間 : ~]	第二希望日	月 日() [時間 : ~]	第三希望日	月 日() [時間 : ~]
希望コース			その他 オプション			
受診者数			備考			