

令和7年度 我孫子市国民健康保険短期人間ドック 実施医療機関・検査項目・検査費用一覧										【受診の流れ】 市に申請をする→市から承認書が送付される→実施医療機関へ直接予約をする→受診をする					
☆各実施医療機関の検査コース、項目、費用の <u>一例</u> です。 ☆ <u>標準検査項目</u> ※がすべて含まれていれば <u>他の検査コースでも利用可能</u> です。 ☆他の検査コースやオプション検査・費用等の詳細は、 <u>個々の実施医療機関</u> へお問い合わせいただき、 <u>予約</u> をしてください。										【申請期間】 令和7年6月1日（日）～令和8年1月31日（土） ●窓口での受付は、令和7年6月2日（月）からになります。 6月1日に申請をする方は、電子申請（びったりサービス）をご利用ください。 【受診期間】 令和7年7月1日（火）～令和8年2月28日（土） ●予約時期が遅れますと医療機関・日程等がご希望に添えない場合があります。					
実施医療機関			視力・聴力検査	呼吸器検査		消化器検査			腎機能検査	血液一般検査	腹部超音波検査	その他検査 特記事項等 （記載のある金額は、すべて税込み）	※標準検査項目 （特定健康診査検査項目を含む） すべての医療機関で実施します。		
所在地	検査費用額 （税込み）	受診者負担額 （税込み）		胸部X線	肺機能	胃X線検査	胃内視鏡検査	便潜血検査	直腸診	尿酸 クレアチニン e G F R	白血球数 赤血球数 ヘモグロビン ヘマトクリット 血小板数			肝臓 胆のう 腎臓 膵臓 脾臓 その他	
電話番号															
受診者負担額は、 検査費用額の7割（上限25,000円）の金額を 検査費用額から引いた残りの金額です。															
東葛辻仲病院			○	○	○	○	どちらかを選択				○	○	総コレステロール、non-HDLコレステロール、総ビリルビン、直接ビリルビン、ALP、アミラーゼ、総蛋白、アルブミン、A/G比、Na、K、Cl、Ca、尿素窒素、尿潜血、沈渣、比重、pH、ウロビリノーゲン、ビリルビン、ケトン体、MCV、MCH、MCHC、眼圧、炎症反応、血液型（ABO・Rh）、梅毒、B型・C型肝炎 ※1 鎮静剤使用（口・鼻）あり（追加料金なし） 腫瘍マーカー：前立腺（PSA）（男性）追加の場合 別途3,000円	問診 診察 結果説明	
根戸946-1	46,000円	21,000円					※1内視鏡検査方法							身体計測	
7184-9000								口・鼻							身長 体重 腹囲 体型指数（BMI）
一瀬医院			○	○	○	×	×	×	○	×	○	○	頸動脈エコー 腫瘍マーカー：前立腺（PSA）（50歳以上男性）追加の場合 別途2,000円	循環器	
つくし野6-1-7	26,000円	7,800円					×	×						血圧測定	
7185-2321															脂質検査
石橋クリニック			○	○	○	×	×	○			○	○	総ビリルビン、ALP、アミラーゼ、リパーゼ、総蛋白、比重、ウロビリノーゲン、pH、ビリルビン、尿潜血、沈査、MCV、MCH、MCHC、梅毒、B型・C型肝炎、腫瘍マーカー：CEA、AFP、CA19-9 ※2 聴力は実施なし ※3 胃内視鏡検査選択の場合 別途10,000円 鎮静剤使用なし 腫瘍マーカー：前立腺（PSA）（男性）追加の場合 別途1,500円 CA125（女性）追加の場合 別途1,500円	中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール	
本町1-3-8	35,000円	10,500円	※2			×	※3内視鏡検査方法			○	○	○		肝機能検査	
7181-7711								鼻							
我孫子東邦病院 （2025年10月市内移転予定）			○	○	○	×	どちらかを選択			○	×	○	○	AST（GOT） ALT（GPT） γ-GT（γ-GTP）	
我孫子1851-1	40,700円	15,700円				×	※4内視鏡検査方法							血糖検査（糖代謝）	
070-5469-6563								口・鼻							
名戸ヶ谷あびこ病院			○	○	○	○	どちらかを選択						○	HbA1c 血糖値	
我孫子1855-1	44,000円	19,000円					※5内視鏡検査方法			○	○	○	○	尿検査	
7157-2233								口・鼻							尿糖
高野山胃腸科内科			○	○	○	○	×	○		○	○	○	総ビリルビン、ALP、アミラーゼ、リパーゼ、総蛋白、アルブミン、A/G比、尿潜血、沈査、比重、PH、ウロビリノーゲン、MCV、MCH、MCHC、リウマチ因子、炎症反応、梅毒、B型・C型肝炎 ※6 聴力（オージオメーター）選択の場合 別途3,500円 ※7 鎮静剤使用あり 別途1,500円 鎮静剤解除薬使用時 別途3,500円 腫瘍マーカー：前立腺（PSA）（男性）追加の場合 別途3,100円	尿蛋白	
高野山285-3	46,000円	21,000円	※6				※7内視鏡検査方法							眼科検査	
7184-0211								口							眼底検査
我孫子聖仁会病院			○	○	○	○	どちらかを選択			○	×	○	○	短期人間ドック ホームページ 	
柴崎1300	44,000円	19,000円					※8内視鏡検査方法								
7181-2265								口・鼻							
天王台消化器病院			○	○	○	○	どちらかを選択			○	×	○	○	総コレステロール、non-HDLコレステロール、総ビリルビン、ALP、アミラーゼ、総蛋白、A/G比、ZTT、尿潜血、沈査、ウロビリノーゲン、リウマチ因子、炎症反応、梅毒、B型・C型肝炎、腫瘍マーカー：CEA、AFP、CA19-9 ※9 鎮静剤使用（口のみ）あり（追加料金なし） 肺・胸部CT 別途13,000円 腫瘍マーカー：前立腺（PSA）（男性）別途2,000円 CA125（女性）別途2,000円	電子申請 （びったりサービス） 
柴崎台1-18-38	46,000円	21,000円					※9内視鏡検査方法								
7185-1199								口・鼻							
小倉外科内科			○	○	○	○	×	○				○	○	総コレステロール、総ビリルビン、ALP、LDL、アミラーゼ、リパーゼ、総蛋白、アルブミン、尿潜血、沈査、比重、PH、ウロビリノーゲン、MCV、MCH、MCHC、CPK、リウマチ因子、炎症反応、梅毒、B型・C型肝炎、前立腺（PSA）（男性）、CA125（女性） ※10 鎮静剤使用（口・鼻）あり（追加料金あり） 腫瘍マーカー：CEA、CA19-9、CA15-3 別途費用あり	
柴崎台3-19-22	40,000円	15,000円					※10内視鏡検査方法								
7182-0165								口・鼻							
平和台病院			○	○	○	○	どちらかを選択			○	×	○	○	総コレステロール、non-HDLコレステロール、総ビリルビン、ALP、LDH、アミラーゼ、総蛋白、アルブミン、A/G比、Na、K、Cl、Ca、P、尿素窒素、尿潜血、沈査、比重、pH、ウロビリノーゲン、MCV、MCH、MCHC、眼圧、リウマチ因子、炎症反応、血液型（Rh）、梅毒、B型・C型肝炎 ※11 胃内視鏡検査選択の場合 別途4,950円 鎮静剤使用なし 腫瘍マーカー：CEA、AFP、CA19-9、前立腺（PSA）（男性）、CA125（女性）、各種腫瘍マーカーセット別途費用あり	
布佐834-28	41,800円	16,800円					※11内視鏡検査方法								
7189-1119								口・鼻							

☆各実施医療機関の検査コース、項目、費用の**一例**です。**標準検査項目**※がすべて含まれていれば、**他の検査コースでも利用可能**です☆ ☆