

		生活習慣病 予防健診A	生活習慣病 予防健診B	脳ドック	お手軽健診A	お手軽健診B
費用(税込)		23,000円	39,100円	28,500円	2,500円	6,000円
	既往歴	○	○	○		
	自覚症状	○	○	○		
	他覚症状	○	○	○		
診察	医師診察	○	○	○	×	×
基本計測	身長	○	○	○		
	体重	○	○	○		
	BMI	○	○	○		
	腹囲	○	○	○		
	体成分検査	○	○			○
血圧	視力	○	○	○		
	聴力	○	○	○		
血圧	血圧	○	○	○	○	○
尿検査	尿蛋白	○	○	○	○	○
	尿糖	○	○	○	○	○
	尿潜血	○	○	○	○	○
	尿沈査	○	○			
便検査	便ヘモグロビン	○	○			
血液一般	白血球数	○	○	○	○	○
	赤血球数	○	○	○	○	○
	血色素量	○	○	○	○	○
	ヘマトクリット値	○	○	○	○	○
	血小板数	○	○	○	○	○
血糖検査	末梢血液像	○	○	○		
	空腹時血糖	△	△	△	△	△
	随時血糖(食後3.5時間以上)	△	△	△	△	△
脂質検査	HbA1c	○	○	○	○	○
	総コレステロール	○	○	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○	○	○
	non-HDLコレステロール	○	○	○	○	○
肝機能検査	LDLコレステロール	○	○	○	○	○
	ZTT					
	T-TT					
	AST(GOT)	○	○	○	○	○
	ALT(GPT)	○	○	○	○	○
	γ-GTP	○	○	○	○	○
	ALP	○	○			
	LDH		○			
	総ビリルビン		○			
	総タンパク		○			
膵機能検査	アルブミン		○			
	A/G比		○			
腎機能検査	アミラーゼ		○			
	尿酸	○	○		○	○
	クレアチニン	○	○		○	○
	e-GFR	○	○		○	○
肝炎ウイルス	BUN	○	○			
	HBs抗原		○			
リウマチ・炎症	HCV抗体		○			
	RF		○			
生理機能 画像診断	CRP		○			
	心電図	○	○	○		
	胸部レントゲン検査	○	○			
	肺機能検査		○			
	胃部レントゲン検査	○	○			
	胃部内視鏡検査	×	×			
	腹部超音波検査		○			
	眼底検査		○			
	眼圧検査		○			
	骨塩定量検査					
	内臓脂肪測定		○			○
	頭部MRI・頭部MRA			○		
	頸動脈超音波検査			○		

		労安A	労安B (雇入時)	協会けんぽ 一般健診	協会けんぽ 付加健診	特定健診
費用(税込)		3,780円	6,480円	7,038円	11,752円	各保険者による
	既往歴	○	○	○	○	○
	自覚症状	○	○	○	○	○
	他覚症状	○	○	○	○	○
診察	医師診察	○	○	○	○	○
基本計測	身長	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○
	BMI		○	○	○	○
	腹囲		○	○	○	○
	体成分検査					○
血圧	視力	○	○	○	○	
	聴力	○	○	○	○	
血圧	血圧	○	○	○	○	○
尿検査	尿蛋白	○	○	○	○	○
	尿糖	○	○	○	○	○
	尿潜血	○	○	○	○	○
	尿沈査			○	○	○
便検査	便ヘモグロビン			○		
血液一般	白血球数			○	○	
	赤血球数		○	○	○	□
	血色素量		○	○	○	□
	ヘマトクリット値			○	○	□
	血小板数			○	○	
血糖検査	末梢血液像			○	○	
	空腹時血糖		△	△	△	△
	随時血糖(食後3.5時間以上)		△	△	△	△
脂質検査	HbA1c		×	△	△	○
	総コレステロール		○	○	○	○
	中性脂肪		○	○	○	○
	HDLコレステロール		○	○	○	○
	non-HDLコレステロール		○	○	○	○
肝機能検査	LDLコレステロール			○	○	○
	ZTT					
	T-TT					
	AST(GOT)		○	○	○	○
	ALT(GPT)		○	○	○	○
	γ-GTP		○	○	○	○
	ALP			○		
	LDH				○	
	総ビリルビン				○	
	総タンパク				○	
膵機能検査	アルブミン				○	
	A/G比				○	
腎機能検査	アミラーゼ				○	
	尿酸			○	○	○
	クレアチニン			○	○	○
	e-GFR			○	○	○
肝炎ウイルス	BUN				○	○
	HBs抗原					
リウマチ・炎症	HCV抗体					
	RF					
生理機能 画像診断	CRP					
	心電図		○	○	○	□
	胸部レントゲン検査	○	○	○	○	
	肺機能検査				○	
	胃部レントゲン検査				○	
	胃部内視鏡検査			○(※1)	○(※1)	
	腹部超音波検査			○(※1)	○(※1)	
	眼底検査				○	
	眼圧検査				○	□
	骨塩定量検査					
	内臓脂肪測定					
	頭部MRI・頭部MRA					
	頸動脈超音波検査					

※1 どちらか選択

□・・・医師の判断による追加項目

△・・・いずれか