クリニック森の風 健康診断・人間ドック オプション料金表

2025年4月1日

| No. | 検 | 査 | 項 | 目 | 備者 | Š | 料金 | 会(税込) |
|-----|-----------|-----------|------|--------|--------------------------------|---|----|--------|
| 1 | 胃内視鏡 | 検査 | | | どちらか一方のみ選択可。 | | ¥ | 16,280 |
| 2 | 胃バリウム | 」撮影 | | | | | ¥ | 15,180 |
| 3 | 大腸内視 | 鏡検査 | | | どちらか一方のみ選択可。 胃部検査と同一日は実施不可。 | | ¥ | 22,000 |
| 4 | 大腸バリウ | ウム撮影 | | | | | ¥ | 20,900 |
| 5 | CT撮影(M | 匈部) | | | | | | |
| 6 | CT撮影(胞 | 复部) | | | | | ¥ | 16,940 |
| 7 | CT撮影(豆 | 頁部) | | | | | | |
| 8 | 超音波検査(腹部) | | | | | | ¥ | 6,050 |
| 9 | 超音波検査(頚部) | | | | | | ¥ | 6,050 |
| 10 | 超音波検 | 査(乳腺) | | | | | ¥ | 3,950 |
| 11 | 超音波検 | 査(婦人和 | 斗【卵巣 | [•子宮]) | | | ¥ | 6,050 |
| 12 | 超音波検 | 査(心臓) | | | | | ¥ | 11,550 |
| 13 | 心電図 | | | | | | ¥ | 1,760 |
| 14 | 負荷心電[| 図 | | | | | ¥ | 3,740 |
| 15 | 呼吸機能 | 検査 | | | | | ¥ | 3,750 |
| 16 | フォルム(| 動脈硬化 | 度測定 | ≣) | | | ¥ | 990 |
| 17 | 眼底カメラ | , | | | | | ¥ | 770 |
| 18 | 眼圧測定 | | | | | | ¥ | 990 |

※オプション検査をご希望の場合は、予約時にお申込み下さい。

検査当日のお申込はお受けできませんでの、予めご了承下さい。

※上記以外の項目(血液等)をオプション検査として追加したい場合は別途御見積致します。 ご希望の方は予約時に申し出下さい。



〒097-0002 稚内市潮見3丁目6番32号

TEL 0162-34-6565(代) FAX 0162-34-7015

クリニック森の風 健康診断・人間ドック オプション料金表

2025年8月1日

| No. | 検 査 | 項 | 目 | 備 考 | 料: | 金(税込) | | | | |
|----------|----------|----|---|--------------------|----|--------|--|--|--|--|
| 1 | | | | 胸部X線 | ¥ | 2,310 | | | | |
| | 肺がん健診 | | | 喀痰細胞診 | ¥ | 3,770 | | | | |
| | | | | 低線量胸部CT ※おすすめ | ¥ | 16,940 | | | | |
| 2 | 動脈硬化健診 | | | 眼底検査 | | 9,030 | | | | |
| | | | | 眼圧検査 | ¥ | | | | | |
| | | | | 頚部エコー | Ŧ | | | | | |
| | | | | 脈波図 | | | | | | |
| 3 | 骨粗鬆症健診 | | | 骨塩定量 | ¥ | 1,815 | | | | |
| 4 | 胃癌検診 | | | ABC健診 | ¥ | 5,280 | | | | |
| 5 | 婦人科健診 | | | 乳腺エコー | ¥ | 3,950 | | | | |
| J | | | | 子宮細胞診 | ¥ | 3,770 | | | | |
| 腫瘍マーカー検査 | | | | | | | | | | |
| 1 | 前立腺癌健診 | | | PSA | ¥ | 2,140 | | | | |
| 2 | 消化管系癌検討 | 診 | | CEA | ¥ | 2,085 | | | | |
| 3 | 卵巣癌健診 | | | CA125 | ¥ | 2,415 | | | | |
| 4 | 膵臓・胆のう癌 | 検診 | | CA19-9 | ¥ | 2,170 | | | | |
| 5 | 肝臓癌 | | | AFP | ¥ | 2,085 | | | | |
| 抗体検査 | | | | | | | | | | |
| 1 | 麻疹(はしか)打 | 体 | | IgG(EIA), IgM(EIA) | ¥ | 4,400 | | | | |
| 2 | 風疹抗体 | | | IgG(EIA), IgM(EIA) | ¥ | 4,400 | | | | |
| 3 | B型肝炎 | | | HBs抗原、抗体 | ¥ | 3,750 | | | | |
| 4 | C型肝炎 | | | HCV抗体 | ¥ | 3,370 | | | | |

- ※オプション検査をご希望の場合は、予約時にお申込み下さい。
- ※上記以外の項目(血液等)をオプション検査として追加したい場合は別途御見積致します。 ご希望の方は予約時に申し出下さい。



〒097-0002 稚内市潮見3丁目6番32号

TEL 0162-34-6565(代) FAX 0162-34-7015