

健康診断一覽表

H26.4月から料金改定

	基本料金	レントゲン (胸部X-P)	尿検査	視力検査 色覚検査	血液検査	心電図	聴力	細隙灯	合計金額
普通型	○	○	○	○	○	○	○		¥10,720
省略型	○	○	○	○			○		¥5,960
雇い入れ型	○	○	○	○	○	○	○		¥10,720
電離放射線	○				○			○	¥6,310
当院書式	○	○	○	○	(○)	○	○		¥8,040+α
医学適正検査	○			○			○		¥4,800
普通型+医学適正検査	○	○	○	○	○	○	○	○	¥11,370

※会社指定の検査結果記入用紙をお持ちでない方は、当院指定用紙代として合計金額に+1,000円頂きます。

追加項目

血液検査 8~9項目	+ ¥90
血液検査 1御項目以上	+ ¥290
ヘモグロビンA1C	+ ¥500
HCV(C型肝炎)検査	+ ¥1,200
HBV(B型肝炎)抗体検査	+ ¥900
HBV(B型肝炎)抗原検査	+ ¥900
HIV(エイズ)検査	+ ¥1,300
梅毒検査	+ ¥500

腹部エコー	+ ¥5,300
検便(ビブリオ・赤痢・サルモネラ)	+ ¥1,000
内視鏡(胃・十二指腸)	+ ¥12,000
血液型検査(ABO・Rh)検査	¥4,000
診断書(一通)・証明書	¥2,000
登園(校)許可証	¥1,000

その他検査は随時ご相談ください。