

## 社会医療法人 誠光会 南草津健診センター 健診申込書 (基本①)

2026.4.1

## ●健診コース

健診コース	料金	備考	健診コース	料金	備考	チェック欄
日帰り人間ドック	¥37,500	胃部検査なしの場合	生活習慣病予防健診A	¥12,000	胃部検査なしの場合	<input type="checkbox"/>
	¥39,500	胃X線選択の場合		¥21,500	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>
	¥43,500	胃カメラ選択の場合		¥25,500	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>
日帰り人間ドック (SP)	¥64,500	胃部検査なしの場合	生活習慣病予防健診B	¥21,500	胃部検査なしの場合	<input type="checkbox"/>
	¥66,500	胃X線選択の場合		¥31,000	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>
	¥70,500	胃カメラ選択の場合		¥35,000	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>
日帰り人間ドック (DX)	¥102,500	胃部検査なしの場合	協会けんぽ	¥5,500	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>
	¥104,500	胃X線選択の場合	生活習慣病健診	¥9,500	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>
	¥108,500	胃カメラ選択の場合	定期健康診断A	¥5,500		<input type="checkbox"/>
日帰り人間ドック (EX)	¥181,800	胃部検査なしの場合	定期健康診断B	¥10,000		<input type="checkbox"/>
	¥183,800	胃X線選択の場合	雇入時健康診断	¥10,000		<input type="checkbox"/>
	¥187,800	胃カメラ選択の場合	PET-CT健診	¥78,000		<input type="checkbox"/>
	※各人間ドックには協会けんぽ生活習慣病健診の補助が利用できます			PET-CT特別健診	¥98,000	
レディースドック	¥58,400	胃部検査なしの場合	脳検診	¥35,000		<input type="checkbox"/>
	¥60,400	胃X線選択の場合	肺がん検診	¥26,500		<input type="checkbox"/>
	¥64,400	胃カメラ選択の場合		¥20,000	キャンペーン価格	<input type="checkbox"/>

## ●オプション検査

番号	検査名	内容	料金	チェック欄
①	頭部MRI・MRA検査	頭部MRI・MRA検査	¥30,000	<input type="checkbox"/>
②	甲状腺セット検査	視触診 + 甲状腺エコー + 甲状腺機能血液検査 (TSH・FT3・FT4)	¥9,500	<input type="checkbox"/>
③	甲状腺機能血液検査	甲状腺機能血液検査 (TSH・FT3・FT4)	¥5,000	<input type="checkbox"/>
④	CEA	肺・胃・胆・膵・大腸の腫瘍マーカー (人間ドックはコースに含まれています)	¥1,500	<input type="checkbox"/>
⑤	PSA	前立腺の腫瘍マーカー検査 (男性のみ、人間ドックはコースに含まれています)	¥1,500	<input type="checkbox"/>
⑥	CA125	子宮頸がん・卵巣がんの腫瘍マーカー検査	¥2,000	<input type="checkbox"/>
⑦	腫瘍マーカーセット (肺がん検査)	シア、ProGRP、SLX、SCC	¥7,500	<input type="checkbox"/>
⑧	腫瘍マーカーセット (肝臓がん検査)	AFP、PIVKA-II	¥3,500	<input type="checkbox"/>
⑨	腫瘍マーカーセット (胆・膵がん検査)	CA19-9、エラスターゼ1、DUPAN-2	¥4,500	<input type="checkbox"/>
⑩	喀痰細胞診検査	肺がん検査	¥2,500	<input type="checkbox"/>
⑪	低線量胸部CT検査	肺がん検査	¥15,000 キャンペーン価格 ¥9,000	<input type="checkbox"/>
⑫	ペプシノゲン検査	萎縮性胃炎検査	¥4,000	<input type="checkbox"/>
⑬	ピロリ菌検査	ヘリコバクターピロリ菌抗体検査	¥1,500	<input type="checkbox"/>
⑭	胃内視鏡検査	胃内視鏡検査 (人間ドックは追加料金4,000円)	¥13,500	<input type="checkbox"/>
⑮	肝炎ウイルス検査	HBs抗原・HCV抗体検査 (人間ドックはコースに含まれています)	¥3,000	<input type="checkbox"/>
⑯	腹部超音波検査	腹部超音波検査 (人間ドック・生Bはコースに含まれています)	¥6,000	<input type="checkbox"/>
⑰	腹部MRCP検査	MR胆管膵管撮影	¥23,000	<input type="checkbox"/>
⑱	便潜血検査	便潜血検査2回法	¥1,320	<input type="checkbox"/>
⑲	乳腺超音波検査	乳腺超音波検査 (乳がん診察は含みません)	¥5,500	<input type="checkbox"/>
⑳	マンモグラフィ(1方向)検査	マンモグラフィ1方向 (50歳以上対象)	¥4,000	<input type="checkbox"/>
㉑	マンモグラフィ(2方向)検査	マンモグラフィ2方向 (40~49歳対象)	¥6,000	<input type="checkbox"/>
㉒	乳がんセット検査1	乳腺超音波検査・マンモグラフィ1方向 (50歳以上対象・診察は含みません)	¥9,000	<input type="checkbox"/>
㉓	乳がんセット検査2	乳腺超音波検査・マンモグラフィ2方向 (40~49歳対象・診察は含みません)	¥10,500	<input type="checkbox"/>
㉔	乳がん診察(※単独ではお申込みいただけません)	問診・診察・視触診	¥1,500	<input type="checkbox"/>
㉕	子宮頸がん検査	内診・子宮頸部細胞診・経膈超音波検査	¥4,400	<input type="checkbox"/>
㉖	HPV検査	HPV (ヒトパピローマウイルス) 検査 ※子宮頸がん検査と同時に受診が必要です	¥2,000	<input type="checkbox"/>
㉗	PET-CT検査	PET-CT検査	¥72,300	<input type="checkbox"/>
㉘	骨密度測定検査 (DXA法)	骨密度測定 (腰椎 + 両側大腿骨頸部)	¥4,000	<input type="checkbox"/>
㉙	ソイチェック	尿中エコー検査	¥3,800	<input type="checkbox"/>
㉚	BNP (血液検査)	心不全の有無や程度を調べる血液検査	¥1,500	<input type="checkbox"/>
㉛	頸動脈超音波検査	頸動脈超音波検査	¥6,000	<input type="checkbox"/>
㉜	ABI・CAVI	動脈硬化・血管機能の測定	¥2,000	<input type="checkbox"/>
㉝	LOX-index	脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを調べる血液検査	¥14,000	<input type="checkbox"/>
㉞	MCI	軽度認知機能障害の発症リスクを調べる血液検査	¥20,000 キャンペーン価格 ¥16,000	<input type="checkbox"/>
㉟	マイナイチンゲール	生活習慣病リスクを見える化する検査	¥15,400	<input type="checkbox"/>
㊱	内臓脂肪測定	内臓脂肪CT検査	¥3,500	<input type="checkbox"/>
㊲	Viewアレルギー-39	ハウスダスト・スギ・ネコ・小麦・卵白等39項目のアレルゲンを調べる血液検査	¥12,000	<input type="checkbox"/>
㊳	腸内フローラ検査	腸内細菌を調べ腸内環境を評価する検査	¥12,000	<input type="checkbox"/>

男性用

女性用

男女共通



FAX. 077-565-0955  
裏表を FAX して下さい。

## 社会医療法人 誠光会 南草津健診センター 健診申込書 ②

### お申し込み方法

①Web お申し込み スマートフォンとパソコンからお申し込みいただけます。

南草津健診センター

検索

<https://www.kusatsu-gh.or.jp/ghk/healthcare/>



②FAX お申し込み

1.健診コースを選択

申込書①

2.オプションを選択

申込書①

3.FAXを送信(裏表)

**FAX** 申込み

4. 健診センターより翌営業日にお電話

**TEL** 予約受付完了

※FAX をお持ちでない方は、お電話にてお申込みください。TEL . 0120-154-712 TEL . 077-599-1530  
営業日：土曜日・日曜日・祝日除く (9:00～11:00 12:00～16:00)

下記にご記入下さい

フリガナ					
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別 男・女
自宅住所					
TEL	( )	—	携帯番号	—	—
健康保険組合名					
※健康保険組合の補助を使用される方は、必ずご記入下さい。					
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日
	第2希望	令和	年	月	日
	第3希望	令和	年	月	日

※ご記入いただいた個人情報は利用目的を超えた使用はいたしません。