

# 平成30年度医師国保人間ドックのご案内

## 名古屋市医師会健診センター

◆補助対象者…愛知県医師国民健康保険組合加入の正組合員と配偶者(受診日74歳まで)家族は除く、及び准組合員は本人のみ

**健診料金無料!** 医師国保の全額補助

### ★施設受診者特典★

名古屋市医師会健診センターまで、ご来場頂いた方への特別サービスです。

	正組合員A	配偶者B
動脈硬化検査 (血圧脈波)	★	
骨密度検査		★
眼圧検査	★	★

受診者全員に  
スターバックカード進呈

マンモグラフィ・脳ドックなどオプション検査の受診も可能です。

### 健診会場

**名古屋市医師会健診センター**

〒461-0004 名古屋市東区葵1-18-14

### 健診日程

☆受診期間…6月1日～2月末日  
午前受診 (月)～(土)  
☆申込期限…2月中旬頃  
午後受診 (水)&(木)

### 申込方法

保険証番号及び、追加や中止検査などを確認するため、ウラ面又は、別紙申込書に必要事項をご記入後、2月中旬頃までに、FAXにてお申込みください。

### 受診コース

正組合員	Aコース	配偶者	Bコース
	B+CT(胸腹部)		D+CT(胸腹部)
准組合員	C+MRI(頭部)		Dコース
	C+MRI(腰部)		

### 注意事項

※9月頃より大変混雑します。早めの受診をお願いします。  
 ※受診日7日前迄に健診資料が届かない場合は、ご連絡ください。  
 ※裏面の注意事項をご確認ください。  
 ※各区休日診療所での日程は、当センターHPをご参照ください。  
 ※この案内が、医師国保未加入や申込済の先生方へ届いた場合、大変申し訳ございませんが、ご容赦お願いします。

### アクセス

地下鉄東山線「新栄町」駅②番出口より北へ徒歩5分  
 地下鉄桜通線「高岳」駅より東へ徒歩10分「車道」駅より西へ徒歩15分



検査項目		A	B	C	D
太字: 特定健診項目					
基本検査	身長・体重・BMI・腹囲・体脂肪・視力・聴力・血圧・胃・胸部X線・心電図・眼底・尿(蛋白・糖・潜血・ウロ・沈渣)・便潜血	●	●	●	●
肺機能	肺活量・肺活量比・一秒量	●	●	●	
腹部エコー	肝・胆・腎・脾・膵	●	●	●	
生化学検査	<b>AST</b> <b>ALT</b> <b>γGT</b> <b>HDL-C</b>				
	ALP LDH <b>TG</b> <b>LDL-C</b>				
	TP ALB A/G <b>HbA1C</b>	●	●	●	●
	AMY Fe <b>GLU</b> T-Bil				
	CRE BUN UA Ch-E				
	1.5AG	●	●	●	
	血液一般検査	WBC RBC PLT 血液像 Hb Ht MCV MCH MCHC	●	●	●
血清検査	RF ASO CRP	●	●		
	HBs抗原抗体・HCV抗体	●	●		
腫瘍マーカー	PSAorCA125 AFP CEA	●	●		
	CA19-9 CYFRA	●			

胃X線中止の場合、ヘブシーゲンピロリ抗体へ変更します。

### オプション検査(要予約) 施設受診者のみ 税別料金

乳がん検査	マンモグラフィ(30才以上) 乳腺エコー	4,500円 4,000円
子宮頸がん(医師採取法)	スマ法(細胞診) HPV(ハイリスク検出)法	3,700円 5,000円
脳ドック(MRI・MRA・頸動脈エコー)		28,000円
骨盤腔MRI(子宮・卵巣or前立腺)		20,000円
肺ドック(CT・喀痰細胞診)		16,500円
①卵巣(CA125)	ABコースに含む	1,600円
②前立腺(PSA)	ABコースに含む	1,400円
③肝臓(AFP)	ABコースに含む	1,200円
④大腸(CEA)	ABコースに含む	1,200円
⑤膵臓(CA19-9)	Aコースに含む	1,500円
⑥肺(CYFRA)	Aコースに含む	1,700円
女性セットⅡ ①③④⑤⑥		6,600円
男性セットⅡ ②③④⑤⑥		6,600円

膵・胆道・肝がん検査(SPan-1)	1,500円
肺がん検査(NSE)	1,500円
肝がん検査(PIVKAⅡ)	1,600円
乳がん検査(CA15-3)	1,300円
HCV検査(HCV抗体)	1,200円
胃の検査(ヘブシーゲンピロリ抗体)	3,800円
貧血検査(鉄・TIBC・UIBC・フェリチン)	1,500円
アレルギー検査39種	15,000円
甲状腺検査(TSH・FT3・FT4)	4,500円
骨密度検査(DXA法)	1,750円
上腹部CT(肝・胆・膵・脾・腎)	15,000円
内臓脂肪量検査(CT)	3,000円
腹部エコー検査	5,500円
頸動脈エコー検査	5,500円
心臓エコー	10,000円
心臓検査(心エコー・NT-ProBNP)	11,500円
睡眠時無呼吸検査	10,000円
動脈硬化検査(血圧脈波/CAVI・ABI)	3,500円

お電話でのご予約・お問い合わせ 平日:9~17時 土:9~12時



**TEL052-937-8425**  
**FAX052-937-7894**

健診会場	名古屋市医師会健診センター		
健診日時	毎年 6月1日～ 2月末日	午前中 (月)～(土)	午後 (水)&(木)
申込期限	2月中旬頃	※ 6月1日から受診可能です。早めにご受診ください。	

受診日時 FAX着信後10日以内に、この用紙にて返信し、その後健診資料を送付します。詳細は健診資料をご確認ください。

注意事項	特定健診 40～74才	既に受診済(一部の検査済みも含む)の方は、受診できない場合がありますので、事前にご連絡ください。 妊娠などの特別な理由がない限り、特定健診の項目は省略できません。 受診券をご持参ください。紛失などの場合は、NPOあいちへお問い合わせください。(TEL 052-241-1351)
	備考欄 記入 事項	乳がん・子宮頸がん検査を名古屋市のワコイン又は、ケーボンにてご利用の方【自宅住所、TEL、〒もご記入ください。】 医師国保非加入者や家族組合員など補助対象外者で、実費負担にての受診希望など MRIなどのオプション検査や、胃X線中止などの中止する検査項目
	♥ 乳がん検査…(土)は未実施 ♥ 子宮頸がん検査…午前中のみ実施、(水)は第1と第3のみ実施、(土)は未実施	
	※医療機関名等は必ずご記入ください。健診資料及び結果は、医療機関へ送付します。送付先を変更する場合は、ご連絡をお願いします。	

※医療機関名	〒	※ご住所	TEL	—	—
			FAX	—	—

◎ 氏名・保険証番号など枠内は、全てご記入ください。 ◎ お申込日より1～2ヶ月間程度の余裕をみて希望日をご記入ください。  
◎ 希望日は、(水)のPMという記入でもOKです。

正組合員	保険証 番号	-	希望コース	第1希望日	第2希望日	返信用欄 (記入しないでください。) お客様の健診日時は / 時 分より
	フリガナ			AM PM	AM PM	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生	
	備考					
配偶者	保険証 番号	-	希望コース	第1希望日	第2希望日	返信用欄 (記入しないでください。) お客様の健診日時は / 時 分より
	フリガナ			AM PM	AM PM	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生	
	備考					
准組合員	保険証 番号	-	D	第1希望日	第2希望日	返信用欄 (記入しないでください。) お客様の健診日時は / 時 分より
	フリガナ			AM PM	AM PM	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生	
	備考					
准組合員	保険証 番号	-	D	第1希望日	第2希望日	返信用欄 (記入しないでください。) お客様の健診日時は / 時 分より
	フリガナ			AM PM	AM PM	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生	
	備考					
准組合員	保険証 番号	-	D	第1希望日	第2希望日	返信用欄 (記入しないでください。) お客様の健診日時は / 時 分より
	フリガナ			AM PM	AM PM	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生	
	備考					