

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☆バッカード 進呈

マンモグラフィ・脳ドッグ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) |
| | C+MRI(頭部) | 准組合員 | Dコース |
| | C+MRI(腰部) | | |

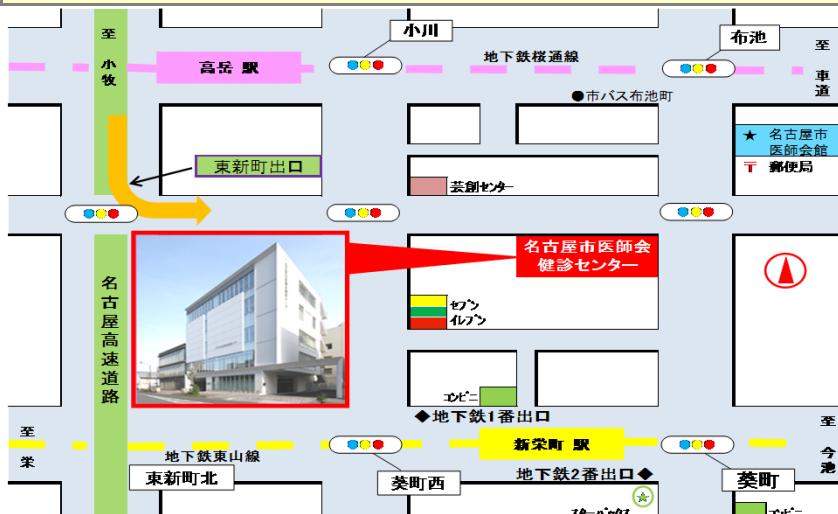
注意事項

※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 太字:特定健診項目 | | | | A | B | C | D |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|---|---|---|---|
| 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 | | | ● | ● | ● | |
| AST ALP TP AMY CRE | ALT LDH ALB Fe BUN | γGT TG A/G GLU T-Bil | HDL-C LDL-C HbA1C T-Bil Ch-E | | | | |
| 生化学検査 | 1.5AG | | | ● | ● | ● | |
| 血液一般検査 | WBC Hb Ht MCV MCH MCHC | RBC ASO CRP | PLT HBs抗原抗体・HCV抗体 | ● | ● | ● | |
| 血清検査 | RF HBs | CEA CYFRA | AFP CA19-9 | ● | ● | | |
| 腫瘍マーカー | PSA or CA125 CA19-9 | | | ● | ● | | |

胃X線中止の場合 ヘプシノーケン・ヒカ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) | 4,500円 |
| 乳腺エコー | | 4,000円 |
| ●子宮頸がん (医師採取法) | スメア法(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) ②前立腺(PSA) ③肝臓(AFP) ④大腸(CEA) ⑤脾臓(CA19-9) ⑥肺(CYFRA) | ABコースに含む ABコースに含む ABコースに含む ABコースに含む Aコースに含む Aコースに含む | 1,600円 1,400円 1,200円 1,200円 1,500円 1,700円 |
| 女性セットⅡ ①③④⑤⑥ | | 6,600円 |
| 男性セットⅡ ②③④⑤⑥ | | |
| ●脇・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(PIVKA II) | | 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(ヘプシノーケン・ヒカリ抗体) | | 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・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、クーポンにてご利用の方【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 / 分より |
| | | | | | | | | | / | AM | / | AM | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男 | 昭和 平成 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 女 | 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 / 分より |
| | | | | | | | | | / | AM | / | AM | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男 | 昭和 平成 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 女 | 年 月 日 生 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 准組合員 | 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 / 分より |
| | | | | | | | | D | / | AM | / | AM | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男 | 昭和 平成 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 女 | 年 月 日 生 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 准組合員 | 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 / 分より |
| | | | | | | | | D | / | AM | / | AM | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男 | 昭和 平成 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 女 | 年 月 日 生 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 准組合員 | 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 / 分より |
| | | | | | | | | D | / | AM | / | AM | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男 | 昭和 平成 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 女 | 年 月 日 生 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |