

# 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  
スターバックスカード進呈

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  
☆申込期限…2月中旬頃

午前受診 (月)～(土)  
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、ご容赦をお願いします。

### 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
基本検査	●	●	●	●
肺機能	●	●	●	
腹部エコー	●	●	●	
生化学検査	●	●	●	●
血液一般検査	●	●	●	●
血清検査	●	●	●	
腫瘍マーカー	●	●	●	

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
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)	3,700円
HPV(ハリス検出)法	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)	1,600円
②前立腺(PSA)	1,400円
③肝臓(AFP)	1,200円
④大腸(CEA)	1,200円
⑤膵臓(CA19-9)	1,500円
⑥肺(CYFRA)	1,700円
女性セットⅡ ①③④⑤⑥	6,600円
男性セットⅡ ②③④⑤⑥	

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(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。 <b>受診券</b> 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							/		/		
	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							/		/		
	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							/		/		
	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							/		/		
	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							/		/		
	氏名	男・女 昭和 平成 年 月 日生										
	備考											