

# 立川市国民健康保険補助対象人間ドック 及び 健康推進課実施の健康診査、検査項目一覧

料金は医療機関により異なります  
(基本コースで、おおむね35,000円～50,000円)

| 検査項目             | 人間ドック<br>必須項目   | 多摩<br>健康管理<br>センター<br>528-2011 | 川野病院<br>522-8161 | 相互<br>ふれあい<br>クリニック<br>524-7365 | 立川病院<br>523-3147 | JA東京<br>528-1380 | 中央病院<br>526-3222 | 立川北口<br>健診館<br>521-1212 | 災害医療<br>センター<br>526-5511 | 特定・<br>後期高齢<br>健康診査 | 39歳以下<br>健康診査     |
|------------------|---|--------------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|
| 問診               | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ○                   | ○                 |
| 視診・触診・聴診         | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ○                   | ○                 |
| 身体測定(身長体重BMI・腹囲) | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ○                   | ○                 |
| 血圧測定             | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ○                   | ○                 |
| 心電図              | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ※1                  | -                 |
| 眼(眼底・眼圧・視力)      | ●   | ○                              | ○<br>視力のみ        | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○<br>眼底、<br>眼圧のみ         | ※1<br>眼底のみ          | ○<br>視力のみ         |
| 聴力検査             | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 呼吸機能検査           | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 胸部X線             | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ※2                  | ○                 |
| 胃部X線             | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 食道部X線・十二指腸X線     | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 腹部超音波検査          | ●   | ○                              | ○                | ☆                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 血液検査             | 総コレステロール・中性脂肪<br>・LDL・HDL・non-HDLコレステ<br>ロール<br>・GOT・GPT・γ-GTP<br>・クレアチニン・eGFR・尿酸<br>・血糖・HbA1c<br>・ヘマトクリット・ヘモグロビン | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○<br>eGFR<br>を除く         | ○                   | ○<br>クレアチニ<br>を除く |
|                  | 総蛋白・アルブミン<br>・総ビリルビン・ALP<br>・MGV・MCH・MCHC・CRP   | ●                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
|                  | HBs抗原(B型肝炎)   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ※3                  | -                 |
|                  | HCV抗体(C型肝炎)   | -                              | ○                | ☆                               | ○                | △<br>初回のみ        | ○                | ○                       | ○                        | ※3                  | -                 |
| 尿検査              | 尿糖・尿蛋白・尿潜血  | ●                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ○                   | ○                 |
|                  | PH・比重   | ●                              | ○                | ○                               | ○                | ○<br>PHを除く       | ○                | ○                       | ○                        | -                   | -                 |
| 便潜血反応(大腸がん)      | ●   | ○                              | ○                | ○                               | ○                | ○                | ○                | ○                       | ○                        | ※4                  | -                 |
| 体脂肪              |   | ○                              | ○                | ○                               | -                | ○                | -                | ○                       | ○                        | -                   | ○                 |
| 骨密度測定            |   | ☆                              | ☆                | ☆                               | ☆                | ○                | -                | ☆                       | ☆                        | -                   | ○                 |
| 喀痰細胞診(肺がん)       |   | -                              | ☆                | ☆                               | ☆                | -                | ☆                | ☆                       | -                        | -                   | -                 |
| 胸部CT             |   | -                              | ☆                | ☆                               | ☆                | ☆                | ☆                | ☆                       | ☆                        | -                   | -                 |
| 乳がん検診(女性)        |   | ☆                              | ☆                | ☆                               | ☆                | ☆                | ○                | ☆                       | ☆                        | -                   | -                 |
| 子宮がん細胞診(女性)      |   | ☆                              | -                | ☆                               | ☆                | ☆                | ○                | ☆                       | ☆                        | -                   | -                 |
| PSA(前立腺がん)       |   | ☆                              | ○                | ☆                               | ○                | ☆                | ○                | ☆                       | ○                        | -                   | -                 |

上記は、人間ドック実施医療機関の「基本コース」の検査項目です。(●印は人間ドックの必須項目・☆印はオプション・△印は一部オプション)

- ※1、医師の判断で追加実施
- ※2、本人の希望で追加実施
- ※3、事前に健康推進課へ  
申込が必要
- ※4、300円ご負担  
いただきます



## よくあるお問合せ

Q1、胃等の消化器X線検査を、胃カメラにしてもよいですか？

A1、調べる部位が同じでしたら、どちらの方式を使っても構いません。(但し、胃カメラ対応機関が限られるため予約が埋まりやすく、自己負担額もX線と違うことが多いため、ご注意ください) 医療機関によつては、年齢・既往歴等によって胃カメラを推奨する機関もあると伺っております。ご自身にあう医療機関・プランをお選びください

Q2、脳ドックは、結果として何を提出すればよいですか？

A2、MRI(Magnetic Resonance Imaging)とMRA(Magnetic Resonance Angiography)の各判定結果をご提出ください。各判定結果が書面でない場合、各画像の写しの提出でも可としております

Q3、この表にない他のコース(1泊2日コース等)や追加オプションを使用してもよいですか？

A3、はい。但し自己負担となります。どのようなプランがあるか、詳細は医療機関にお問合せください

(注1)事後申請の場合、上記人間ドック必須検査項目が不足した場合は補助できないことがあります

(注2)検査項目がない場合は、単独の各種検診をぜひご利用下さい(詳しくは健康推進課 ☎ 042-527-3272へ)

単独検診の参考 : 39歳以下健診、骨密度、成人歯科・緑内障・胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん検診、肝炎ウイルス検査  
年齢条件、無料～2,000円のご負担、定員制や開催時期10月までなど、検診によって差があります。