

プライムドック検査項目・料金表

- 協会けんぽに加入の被保険者本人で年度末年齢35～74歳の方が対象になります。
 ※黒字は生活習慣病健診の項目、**緑色**はドック追加項目、**赤字**は「節目年齢」のみの追加検査項目

「節目年齢」が40・45・50・55・60・65・70歳に拡大!

さらに**6,914円**が割引されます!



項目	検査内容	料金 (税込)	御請求・お支払例		
診察	問診、聴診、 面談	¥41,800 (うち、14,296円協会けんぽから補助あり 「節目年齢」の方はさらに補助あり)	事業所様 御請求分	ご本人様 当日支払分	
身体計測	身長、体重、腹囲、体格指数 体脂肪率、肥満度		(パターンA)	¥5,282	¥22,222
視聴覚	視力、聴力、 眼底 、 眼圧				
循環器	血圧、心電図(安静時)、心拍数				
尿検査	蛋白、糖、潜血など(陽性者は二次検査あり) 尿沈査		※「節目年齢」の方はさらに 6,914円 値引 【¥15,308】		
呼吸器	胸部X線検査(2方向撮影、エネサブ) 呼吸機能検査(肺活量、1秒率など) ※コロナ感染状況により中止する可能性あり				
消化器	上部消化管X線検査(胃X線検査) 大腸がん検査(便潜血法)				
腹部超音波検査	肝臓、胆のう、膵臓、脾臓、腎臓 腹部大動脈		(パターンB)	¥27,504	¥0
生化学検査	AST、ALT、 γ -GTP、 総ビリルビン 、ALP 総蛋白 、 アルブミン 、 アミラーゼ T-CHO、HDL-C、TG、LDL-C、 LDH 、 A/G比 Non-HDL-C 、CRE・eGFR、尿酸 (空腹時)血糖、HbA1c				
血液学検査	白血球数、赤血球数、血色素量 ヘマトクリット値、 MCV 、 MCH 、 MCHC 血小板数 、 血清鉄 、 血液像 ※初回のみ血液型(ABO、Rh±)		(パターンC)	¥7,504	¥20,000
免疫学検査	HCV抗体検査、HBs抗原(CLIA法) CRP(定量法)				
健康相談	生活習慣や食生活改善の相談		上記以外のパターンでの御請求・お支払いにつきましては応相談とさせていただきます。		

協会けんぽの補助を利用したオプション検査項目

項目	検査内容	料金 (税込)	
乳がん検査 (マンモグラフィ)	40～48歳偶数年齢の女性	¥1,574	対象の方は、お勧めです! ご希望の場合別紙申込書「オプション検査」欄に○を記載してください。 他の検査は裏面「プライムドックオプション検査料金表」をご確認ください。
	50～74歳偶数年齢の女性	¥1,013	
子宮がん検査 (頸部細胞診)	36～74歳偶数年齢の女性	¥970	

お得

今年度も**奇数年齢の女性**にレディースパック【セット】をご用意いたしました。

マンモ選択 14,630円 / 乳房超音波選択 15,730円

→

7,700円

詳細は裏面をご覧ください。

プライムドックオプション検査料金表

(2024年度版)

◆一部検査を除いて、当日のお申し込みでも受診いただけます。(赤字の項目は、令和6年度からの整備拡大)

検査名	内容	料金 (税込)	対象
血液検査	心筋ストレスマーカー (NT-proBNP)	心臓に負荷がかかると分泌されるホルモン量を測定し、心不全などの心疾患の諸症状の評価を行います。 □2,420円 2,200円	
	アレルギー検査 (view39)	アレルギー反応を起こす可能性のある物質 (アレルゲンまたは抗原) を39項目調べることができます。 □16,500円 15,400円	
	前立腺がん検査 (PSA測定)	PSAとは前立腺でつくられる特殊な血液中のたんぱく質です。値が高い場合は前立腺肥大症、前立腺がんなど疑われます。 □ 2,420円	男性のみ
	甲状腺機能検査	甲状腺から分泌されるホルモンの増減で、甲状腺の状態を知る検査です。 □ 4,400円	
	腫瘍マーカー	腫瘍マーカーとは、がん細胞に対して他の細胞が作り出す特定のたんぱく質や酵素、ホルモンなどです。これを調べることにより、がんの存在、種類、性質を予測 (マーク) します。 □ 5,500円	
	胃がんリスク評価 (ABC分類)	ピロリ菌感染の有無と血清ペプシノゲンの状態で、胃がん発生頻度 (胃がん発症の危険度) を判定するスクリーニング検査です。胃部X線検査 (DR) を受けられる方のみお申し込み可能です。 ※潰瘍等の治療中、胃切除後、ピロリ菌除菌後の方は、対象外 □ 4,950円	胃がん検査受診者のうち、これまで未検査の方
	リウマチ因子 (RF) 検査	値が高いと慢性関節リウマチや膠原病などの病気が疑われます。ただし、健康な場合でも基準値を超えることがあります。 □ 660円	
	HBs抗体検査	HBs抗原に対する中和抗体の有無を調べます。 □ 990円	
超音波	梅毒検査	TPHA法、RPR法などがあり、梅毒の感染状況を調べます。膠原病などでも陽性になることがあります。 □ 1,650円	
	骨密度検査	超音波による骨量の検査です。骨粗しょう症を見つける手がかりとなります。 □ 2,200円	
X線	乳房超音波検査	乳房を超音波で検査します。若年者で乳腺の発達している場合には、マンモグラフィよりも有用です。 □ 6,600円	40歳未満の女性
	胸部CT検査	通常のレントゲン写真で見つからなかった小さな病変 (早期の肺がん等) も発見できる精度の高い検査です。 □ 6,600円	
	冠動脈石灰化スコアリング評価	心臓を栄養する冠動脈の血管壁の石灰化を測定し、心筋梗塞などの心臓突然死の発症リスクを予測する検査です。 □3,630円 3,300円	CT検査受診者
	肺野気管支測定 (コタートCTスコア)	肺機能が低下している領域 (肺気腫) の割合を測定し、慢性気管支炎や肺気腫などの肺呼吸機能を評価する検査です。 □3,630円 3,300円	CT検査受診者
	内臓脂肪測定検査	CT検査で内臓脂肪量を測定する検査です。 □ 3,630円	
細胞診	乳がんX線検査 (マンモグラフィ)	乳房のX線撮影による検査です。触診ではわかりにくい小さなしこりを発見することができます。 □ 1,574円 □ 1,013円 □ 5,500円	※40~48歳の偶数年齢女性 ※50~74歳の偶数年齢女性 ※41~73歳の奇数年齢女性
	子宮頸がん検査	子宮頸部の細胞診で、子宮頸がんの発見の手がかりになります。子宮頸がんは初期症状がほとんどないので、定期検診が大切です。 □ 970円 □ 6,270円	※20~74歳の偶数年齢女性 ※21~73歳の奇数年齢女性
	喀痰細胞診検査	痰による肺がん検査です。事前に検査容器を発送いたします。 【当日申込対応不可、事前予約が必要です。】 □ 3,300円	喫煙習慣のある方など
その他	上部消化管内視鏡検査	経鼻内視鏡検査による胃がん検診です。【受診日・人数制限あり】 □ 6,050円	
	レディースパック	マンモ (5,500円) or乳房超音波 (6,600円)、子宮 (6,270円) 骨粗鬆症 (2,200円)、RF (660円) が【セット】となります。 □ 7,700円	【奇数年齢】の女性
	HPV検査	子宮頸がんの発がん因子とされるHPV (ヒトパピローウイルス) に感染しているかどうかを調べる検査です。 □ 4,000円	女性のみ
	睡眠時無呼吸検査	睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の検査です。事前に検査機器の貸し出しを行います。【当日申込対応不可、事前予約が必要です。】 □ 7,260円	

プライムドック申込書

FAX : 089-915-6057

(公財) 愛媛県総合保健協会 健康増進部 宛

必要事項(太枠内)をご記入のうえ、FAXしていただきますようお願い申し上げます。

FAX受信後、折り返しご連絡させていただきます。

なお、ご連絡いただきましたら、本書式をメールで送信することも可能です。

TEL:089-987-8201

Eメールアドレス doc@eghca.or.jp

事業所名	
住所	〒
保険者番号	保険証記号
担当者名	
電話番号	- -
FAX番号	- -
Eメール	@

別紙「料金表」をご確認ください。

No	保険証番号	フリガナ氏名	性別	生年月日(和暦)	年度末年齢	プライムドックの御請求方法	ご希望日			当日窓口でご精算される検査(①~⑳)												御請求予定金額			
							第1	第2	第3	②④⑫												事業所様御請求分	ご本人当日支払分		
	561	キョウカイ 知ウ 協会 太郎	男 女	S37.5.8	57	A・B・C その他	5/7	6/3	7/5													¥7,504	¥33,200		
例	オプ シ ョ ン 検 査	① 心筋スト ルスマー カー	② アルビ ン検査	③ 前立腺 がん	④ 甲状腺 検査	⑤ 腫瘍 マーカ ー	⑥ 胃がん リスク評 価	⑦ リウマ チ因子	⑧ HBs 抗体	⑨ 梅毒 検査	⑩ 骨密度 検査	⑪ 乳房超 音波	⑫ CT検査	⑬ 石灰化 スコア	⑭ 肺野 気管支	⑮ 内臓 CT	⑯ マンモ グラフィ	⑰ 子宮 頸がん	⑱ 喀痰 細胞診	⑲ レディ ースパ ック	⑳ HPV 検査	㉑ 睡眠時 無呼吸	㉒ 胃内視 鏡検査	※協会記入欄	
													○												

No	保険証番号	フリガナ氏名	性別	生年月日(和暦)	年度末年齢	プライムドックの御請求方法	ご希望日			当日窓口でご精算される検査(①~⑳)												御請求予定金額			
							第1	第2	第3													事業所様御請求分	ご本人当日支払分		
			男 女			A・B・C その他																			
1	オプ シ ョ ン 検 査	① 心筋スト ルスマー カー	② アルビ ン検査	③ 前立腺 がん	④ 甲状腺 検査	⑤ 腫瘍 マーカ ー	⑥ 胃がん リスク評 価	⑦ リウマ チ因子	⑧ HBs 抗体	⑨ 梅毒 検査	⑩ 骨密度 検査	⑪ 乳房超 音波	⑫ CT検査	⑬ 石灰化 スコア	⑭ 肺野 気管支	⑮ 内臓 CT	⑯ マンモ グラフィ	⑰ 子宮 頸がん	⑱ 喀痰 細胞診	⑲ レディ ースパ ック	⑳ HPV 検査	㉑ 睡眠時 無呼吸	㉒ 胃内視 鏡検査	※協会記入欄	
																					MG or 乳超				

No	保険証番号	フリガナ氏名	性別	生年月日(和暦)	年度末年齢	プライムドックの御請求方法	ご希望日			当日窓口でご精算される検査(①~⑳)												御請求予定金額			
							第1	第2	第3													事業所様御請求分	ご本人当日支払分		
			男 女			A・B・C その他																			
2	オプ シ ョ ン 検 査	① 心筋スト ルスマー カー	② アルビ ン検査	③ 前立腺 がん	④ 甲状腺 検査	⑤ 腫瘍 マーカ ー	⑥ 胃がん リスク評 価	⑦ リウマ チ因子	⑧ HBs 抗体	⑨ 梅毒 検査	⑩ 骨密度 検査	⑪ 乳房超 音波	⑫ CT検査	⑬ 石灰化 スコア	⑭ 肺野 気管支	⑮ 内臓 CT	⑯ マンモ グラフィ	⑰ 子宮 頸がん	⑱ 喀痰 細胞診	⑲ レディ ースパ ック	⑳ HPV 検査	㉑ 睡眠時 無呼吸	㉒ 胃内視 鏡検査	※協会記入欄	
																					MG or 乳超				

