

令和7年 青梅青色申告会・会員限定

年に一度の



# 健康診断

受診期間

5月7日(水)～9月30日(火)

※8月9日(土)、土曜午後、日曜祝日はお休み

## 生活習慣病健診 コース

問診・診察、血液検査など簡易的なコースです。  
所要時間は1時間前後。

青色共済  
加入者

9,000円

未加入者

11,000円

## 人間ドック コース

生活習慣病コースにバリウムによる検査などを加え、しっかり検査するコースです。  
所要時間は3時間前後。

青色共済  
加入者

35,000円

未加入者

39,000円

## 人間ドック 胃カメラコース

ご要望にお応えして、これまでの人間ドックバリウムコースに加え胃カメラ(経口・経鼻共通)を設定しました。所要時間は3時間前後。

青色共済  
加入者

39,000円

未加入者

43,000円

★詳しい検査項目・オプションは裏面をご覧ください。

※青色共済は月1,000円で行える保険で、ケガ・病気の入院から死亡まで幅広くカバーするおススメの保険です。まだ加入されていない方も申込時にご加入いただければ、加入者料金で受診いただけます。

〔受診病院〕

医療法人社団 **新町クリニック**

〒198-0024

東京都青梅市新町 3-56-1

JR 小作駅より徒歩10分 駐車場完備

TEL: 0428-31-5312(予約)



# 生活習慣病健診コース 検査内容

所要時間 1 時間前後

検査項目	検査内容の説明
問診・診察	医師が体調や症状についてお話をうかがい、心音・呼吸音の聴診などを行います。
身体計測	身長・体重・腹囲・視力を測定します。身長と体重からBMI(メタボリックシンドロームの基準となる体格指数)も計算します。
聴力検査	左右それぞれの耳で高い音(4000ヘルツ)・低い音(1000ヘルツ)が聞こえているかを機械を用いて調べます。
循環器	血圧は収縮期(最大)/拡張期(最小)を測定します。高血圧は動脈硬化や脳出血につながります。心電図検査は心臓の動きを波形で表し、不整脈などの原因となる心疾患を見つけます。
呼吸器	胸部をX線(レントゲン)で直接撮影して、その画像から肺・気管・心臓の異常を見つけます。
肝機能検査	肝臓の不調がないかどうか調べる血液の検査です。γ-GTPなど飲酒習慣が値に影響する項目も含まれます。
脂質検査	血液中のコレステロール・中性脂肪の量を調べる検査です。コレステロールには善玉と悪玉が存在し、動脈硬化に影響します。
血糖検査	糖尿病の可能性を調べる血液検査です。血糖値は食事の影響を受け変動するので空腹の状態で行います。
血液一般	白血球・赤血球・血小板の量を調べて貧血などの血液疾患や感染に伴う炎症性変化がないかを調べます。
尿検査	尿中の糖や蛋白を調べる検査です。腎臓の疾患や血圧・血糖値異常の影響を受けます。

# 人間ドックコース 検査内容

所要時間 3 時間前後

検査項目										
問診・診察	身体計測	聴力検査	循環器	呼吸器	消化器	肝機能検査	脂質検査	膵臓検査	血糖検査	
痛風検査	腎機能検査	血清反応	炎症反応	血液一般	尿検査	便潜血	線内障検査	前立腺検査(男性のみ)	結果説明	

人間ドック詳細はQRコードをご利用ください。  
(新町クリニックホームページにリンクしているため、料金は一部異なります。)



## 予約から受診までの流れ

- ①受診希望日を第三希望まで決めていただき、FAX または電話で**申告会**にお申し込みください。
- ②受診日が確定しましたら、新町クリニックよりFAX または電話にてお知らせいたします。
- ③受診セット(健診案内、問診票等)は受診日2週間前までにお手元に届きます。
- ④受診当日は『新町クリニック』にて受診、お支払いをしてください。結果は約2~3週間後で郵送されます。

# オプション内容

医療法人社団 新町クリニック

No.	検査項目	料金(税込)	検査内容の説明
①	腹部超音波検査	¥7,700	腹部に超音波をあてて肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓などの内部の状態を調べる検査です。
②	眼底検査	¥3,300	眼球の奥の血管を直接観察し、動脈硬化や眼底出血を調べる検査です。
③	眼圧検査	¥550	線内障などで上昇する眼圧(眼球内の液体の圧力)を調べる検査です。
④	便潜血検査2日法	¥2,200	便に血液が混ざっていないか調べる検査です。痔・便秘だけでなく大腸ポリープなどの発見にもつながります。受診日までに2回採取します。
⑤	前立腺がん検査(PSA)	¥2,200	前立腺がんなどで上昇するPSAという腫瘍マーカーを調べる血液の検査です。(男性のみ)
⑥	腫瘍マーカー CEA	¥2,200	大腸がん・肺がんなどで上昇するCEAという腫瘍マーカーを調べる血液の検査です。
⑦	腫瘍マーカー AFP	¥2,200	肝がんなどで上昇するAFPという腫瘍マーカーを調べる血液の検査です。
⑧	腫瘍マーカー CA19-9	¥2,200	膵がん・胆のうがん・胆管がんなどで上昇するCA19-9という腫瘍マーカーを調べる血液の検査です。
⑨	H.ピロリ抗体検査	¥2,200	胃がんの原因となるヘリコバクター・ピロリ菌に感染していないかを調べる血液の検査です。
⑩	ペプシゲン検査	¥3,850	慢性胃炎がある場合に血中濃度が高くなるペプシゲンという成分を調べる血液の検査です。
⑪	ABC検診(胃がんリスク検査)	¥5,500	H.ピロリ抗体検査とペプシゲン検査を併せて行い、現在の胃の状態から胃がんのなりやすさを診断する検査です。結果がABCの3群に分類されることからABC検診とも言われます。こちらを選択された際は上記の⑨と⑩が含まれている為、適用外となります。
⑫	アミノインデックス	¥25,300	アミノ酸濃度を解析することで、現在の胃、肺、大腸、膵臓、前立腺、乳、子宮・卵巣のがんリスク及び脳梗塞・心筋梗塞、糖尿病、認知症のリスクがわかる血液による検査です。また検査における各種制限がある他、原則として午後の検査不可です(詳細はスタッフまでお問い合わせください)。
⑬	骨密度測定	¥2,200	骨に超音波をあてて骨量(密度)を調べる検査です。骨密度が低下した状態が骨粗鬆症です。
⑭	喀痰細胞診	¥3,300	3日分の痰を採取し、気道の分泌物である痰から呼吸器感染症や悪性腫瘍などの有無を調べる検査です。
⑮	アルコール体質検査(テータによる結果閲覧)	¥9,350	アルコールを分解する代謝酵素の遺伝子タイプを調べる検査です。自らの体質的な特徴を理解することでアルコール依存症、急性アルコール中毒、咽頭がん、食道がん、肝臓疾患への危険性を認識し適度な飲酒を心がけることで疾病予防に貢献します。結果閲覧方法により料金が異なります。
⑯	アルコール体質検査(紙結果郵送)	¥11,000	
⑰	乳がん検診(マンモグラフィ)	¥5,280	外科医による視触診、X線撮影によるマンモグラフィまたは超音波をあてて内部の状態を調べる乳腺エコーの検査です。マンモグラフィ・乳腺エコーは女性技師が対応します。なお、ペースメーカーを挿入されている方・豊胸手術をされた方・妊娠されている方(可能性がある方含む)・授乳中の方はこのオプションは受けられません。
⑱	子宮がん検診	¥6,600	ブラシや綿棒で子宮頸部の細胞を採取する頸部細胞診。婦人科医による内診、超音波をあてて内部の状態を調べる経膈超音波検査が含まれます。子宮頸がんだけでなく子宮筋腫・卵巣腫瘍などの婦人科腫瘍の有無もチェックします。
⑲	HPV(ヒトパピローマウイルス)検査	¥8,800	子宮頸がんの原因であるウイルスに感染しているかどうかわかります(子宮頸部細胞診の際に同時に採取した細胞を利用して検査をしますので、上記の⑱同時実施が必須です)
⑲	脳梗塞・心筋梗塞リスク検査	¥19,800	脳梗塞・心筋梗塞の発症の危険性を予測する血液検査です。
⑲	軽度認知障害(MCI)リスク検査	¥22,000	認知症(アルツハイマー病)の前段階である、軽度認知障害(MCI)のリスクを調べる血液による検査です。
⑲	甲状腺検査	¥5,500	甲状腺ホルモン(TSH・FT3・FT4)を測定し、甲状腺機能障害を調べる血液検査です。
⑲	アレルギー検査セット(View39)	¥16,500	アレルギーの原因を調べる血液による検査です。一度に39種類のアレルゲン(アレルギーの原因物質)を調べられます(詳細は当クリニックのホームページで確認、またはスタッフまでお問い合わせください)。
⑲	慢性心不全検査(NT-proBNP検査)	¥3,300	心臓から分泌されるホルモンの一種であるNT-proBNPの値を採血によって調べる検査です。心電図に現れていない「心不全の危険度」を知る目安となります。

※①~⑤のオプション検査は「人間ドック」の基本検査項目に含まれます



予約数には限りがございます。  
お早目のご予約がおすすめです。

## ご予約申込書

ご記入のうえ [FAX\(0428-22-4788\)](tel:0428-22-4788) 又はご持参ください。FAXの際は送信面を間違えないようご注意ください。

事業主名:	TEL:	FAX:
-------	------	------

受診希望日 <small>人間ドックは午前のみ</small>	① 月 日 午前・午後	② 月 日 午前・午後	③ 月 日 午前・午後
------------------------------------	-------------	-------------	-------------

フリガナ 受診者氏名	住所	性別	生年月日	コース	オプション(番号)
〒		男・女	S H 年 月 日	生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック胃カメラコース	
〒		男・女	S H 年 月 日	生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック胃カメラコース	
〒		男・女	S H 年 月 日	生活習慣病健診 人間ドック 人間ドック胃カメラコース	