

# 健康診断のご案内

## あなたは健康診断を受けていますか？

健康診断は自分の健康状態を知り、深刻な病気を未然に防ぐことができる効果的な手段です。

何の症状もないから大丈夫…と以为っていても、ほとんどの病気は自覚症状がないままに進行します。気がついたときには手遅れだった…ということがないよう、「何の症状もない…」今だからこそ健康診断を受けてみませんか？

### ●一般健康診断

- ◎定期健康診断 A コース
- ◎定期健康診断 B コース
- ◎日帰り人間ドック
- ◎追加検査

### ●堺市検診

- ◎特定健康診査
- ◎肝炎ウイルス検査（B型・C型）
- ◎大腸がん検診
- ◎肺がん検診
- ◎胃がん検診
- ◎胃がんリスク検診
- ◎前立腺がん検診

### ●企業向け健康診断

- ◎定期健康診断 A コース
- ◎定期健康診断 B コース



社会医療法人 頌徳会

日野クリニック

TEL : 072-276-5111

## ●一般健康診断

### ◎定期健康診断

随時受付を行っていますので、外来診療受付時間中にお越しください。

予約の必要はありません。

<注意>・血液検査の含まれるBコースの場合は、食後10時間以上の後にお越しください。

・血液検査の結果は、2~3日程度を要します。

#### 料 金

| Aコース       | Bコース       |
|------------|------------|
| 4,000円（税別） | 7,500円（税別） |

#### 検査項目

| 検 査 項 目            |                               | Aコース                   | Bコース |   |
|--------------------|-------------------------------|------------------------|------|---|
| 問 診                | 既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴・<br>自覚症状・他覚症状 | ○                      | ○    |   |
| 身 体 測 定            | 身長・体重・BMI                     | ○                      | ○    |   |
|                    | 腹囲（35歳及び40歳以上）                | -                      | ○    |   |
| 胸部レントゲン撮影          |                               | ○                      | ○    |   |
| 血 圧 測 定            |                               | ○                      | ○    |   |
| 尿 検 査              | 糖・タンパク                        | ○                      | ○    |   |
| 視 力 検 査            |                               | ○                      | ○    |   |
| 聴 力 検 査（オーディオメーター） |                               | ○                      | ○    |   |
| 血 液 検 査            | 脂 質                           | 中性脂肪                   | -    | ○ |
|                    |                               | HDL コレステロール            | -    | ○ |
|                    |                               | LDL コレステロール            | -    | ○ |
|                    | 肝 機 能                         | GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP | -    | ○ |
|                    | 血 糖                           | 空腹時血糖                  | -    | ○ |
| 貧 血                | 赤血球数・血色素量                     | -                      | ○    |   |
| 心 電 図              |                               | -                      | ○    |   |

## ◎日帰り人間ドック

予約制となります。事前に受付までお問合せください。

料 金 30,000 円（税別）

### 検査項目

| 検 査 項 目                             |                           |   |
|-------------------------------------|---------------------------|---|
| 問 診                                 | 既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴・自覚症状・他覚症状 |   |
| 身体測定                                | 身長・体重・BMI・腹囲              |   |
| 胸部レントゲン撮影                           |                           |   |
| 血圧測定                                |                           |   |
| 尿検査                                 | 糖・タンパク・潜血                 |   |
| 視力検査                                |                           |   |
| 聴力検査（オーディオメーター）                     |                           |   |
| 血液検査                                | 脂 質                       | 中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール・総コレステロール             |
|                                     | 肝機能                       | GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・ALP・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・A/G 比 |
|                                     | 血 糖                       | 空腹時血糖・HbA1c                                       |
|                                     | 痛 風                       | 尿酸  |
|                                     | 貧 血                       | 赤血球数・血色素量・白血球数・ヘマトクリット値・血小板数・MCV・MCH・MCHC         |
|                                     | 腎機能                       | 血清クレアチニン・尿素窒素                                     |
|                                     | 膵機能                       | アミラーゼ   |
|                                     | 感染症                       | CRP・RPR 法・TPHA 法・HBS 抗原・HCV 抗体                    |
| 心 電 図                               |                           |   |
| 便 検 査                               | 潜血                        |   |
| 超音波検査                               | 腹部                        |   |
| 胃レントゲン又は胃カメラ（胃レントゲンは、日野病院での実施となります） |                           |   |

## ◎追加検査

追加検査を承ります。ご希望の方は、受付にお申し出ください。

| 検 査 項 目                | 費 用 (税別) |
|------------------------|----------|
| 胃レントゲン ※1              | 11,500 円 |
| 胃カメラ                   | 11,500 円 |
| 腹部エコー                  | 5,300 円  |
| 心臓エコー                  | 8,800 円  |
| 色覚検査                   | 480 円    |
| HbA1c                  | 490 円    |
| HBS 抗原                 | 290 円    |
| HCV 抗体                 | 1,110 円  |
| 麻疹 (EIA 法)             | 2,180 円  |
| 風疹 (EIA 法)             | 2,180 円  |
| 水痘 (EIA 法)             | 2,180 円  |
| ムンプス (EIA 法)           | 2,180 円  |
| PSA                    | 1,300 円  |
| 血液型                    | 1,000 円  |
| ツベルクリン反応 ※2            | 950 円    |
| 便培養 (O-157・サルモネラ・赤痢など) | 1,800 円  |
| 内臓脂肪 CT                | 2,000 円  |
| CT                     | 13,200 円 |
| T-スポット                 | 6,300 円  |
| 腫瘍マーカー 2 項目            | 2,300 円  |
| 腫瘍マーカー 3 項目            | 2,900 円  |

※1 胃レントゲンをご希望の場合は、日野病院での検査となります。

※2 ツベルクリン反応は、48 時間後の判定が必要となります。

## ● 堺市検診

### ◎ 特定健診（特定健康診査）

ご自宅に届けられる「受診券」が必要となります。随時受付を行っていますので  
外来診療受付時間中にお越しください。予約の必要はありません。

- ＜注意＞ ・ 健診日当日は、食後 10 時間以上の後にお越しください。  
・ 受診券と保険証をご持参ください。

#### 対象者と料金

| 保険証の種類 | 堺市国民健康保険               | 社会保険                         | 後期高齢者医療    |
|--------|------------------------|------------------------------|------------|
| 対 象 者  | 40 歳から 74 歳<br>までの被保険者 | 40 歳から 74 歳までの<br>被扶養者（ご家族）※ | 満 75 歳以上の方 |
| 費 用    | 無料                     | 受診券をご確認ください。                 | 無料         |

※社会保険被保険者（本人）の方は、加入されている医療保険者にご確認ください。

#### 基本的な健診

| 検 査 項 目 |                             | 国民<br>保険               | 社会<br>保険 | 後期<br>高齢 |   |
|---------|-----------------------------|------------------------|----------|----------|---|
| 身体測定    | 身長・体重・BMI・腹囲                | ○                      | ○        | ○        |   |
| 血圧測定    |                             | ○                      | ○        | ○        |   |
| 尿 検 査   | 糖・タンパク                      | ○                      | ○        | ○        |   |
|         | 潜血・ウロビリノーゲン                 | ○                      | -        | -        |   |
| 血 液 検 査 | 脂 質                         | 中性脂肪                   | ○        | ○        | ○ |
|         |                             | HDL コレステロール            | ○        | ○        | ○ |
|         |                             | LDL コレステロール            | ○        | ○        | ○ |
|         |                             | 総コレステロール               | ○        | -        | - |
|         |                             | non-HDL コレステロール        | ○        | -        | - |
|         | 肝機能                         | GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP | ○        | ○        | ○ |
|         | 血 糖                         | 空腹時血糖・HbA1c            | ○        | ○        | ○ |
|         | 腎機能                         | 血清クレアチニン・eGFR          | ○        | -        | - |
|         | 痛 風                         | 尿酸                     | ○        | -        | - |
| 貧 血     | 赤血球数・血色素量・<br>ヘマトクリット値・白血球数 | ○                      | -        | -        |   |

#### 詳細な健診（医師の判断により行います）

| 検 査 項 目   |     | 国民<br>保険           | 社会<br>保険 | 後期<br>高齢 |   |
|-----------|-----|--------------------|----------|----------|---|
| 心 電 図     |     | ○                  | ○        | ○        |   |
| 眼 底 検 査 ※ |     | ○                  | ○        | ○        |   |
| 血 液 検 査   | 貧 血 | 赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値 | -        | ○        | ○ |
|           | 腎機能 | 血清クレアチニン・eGFR      | -        | ○        | - |

※眼底検査が必要となった場合は、堺温心会病院での実施となります。

## ◎肝炎ウイルス検査（B型・C型）

| 対 象   | 検 査 項 目         | 費 用 |
|---|-----------------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・20歳以上 40歳未満の市民の方</li><li>・40歳以上の方で他に職場等にて肝炎ウイルス検査を受診する機会がない市民の方</li></ul> <small>*過去に肝炎ウイルス検査を受診した方は除く</small> | 採血（HBs抗原、HCV抗体） | 無料  |

## ◎大腸がん検診

検便容器をお渡ししますので、受付にお申し出ください。  
2日間の便を採取後、お持ちください。後日、問診後検査結果をお渡しします。

| 対 象                | 検 査 項 目 | 費 用 |
|--------------------|---------|-----|
| ・40歳以上の市民の方(毎年度1回) | 問診・便潜血  | 無料  |

●以下の検査は月曜日～金曜日の午前中のみ受け付けています。

## ◎肺がん検診

| 対 象                | 検 査 項 目      | 費 用 |
|--------------------|--------------|-----|
| ・40歳以上の市民の方(毎年度1回) | 問診・胸部エックス線検査 | 無料  |

## ◎胃がん検診

| 対 象  | 検 査 項 目   | 費 用 |
|--|-----------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・50歳以上の偶数年齢の市民の方(偶数年ごとに1回)</li></ul> <small>*偶数年齢時に受けられなかった方で奇数年齢に受診する場合は事前に保険センター等に申請することで受診票が発行されます。</small> | 問診・胃内視鏡検査 | 無料  |

\*胃内視鏡の検査時に病変が認められた場合は生検を行いますので別途費用が必要です。保険証をご持参ください。

## ◎胃がんリスク検査

| 対 象                 | 検 査 項 目 | 費 用    |
|---------------------|---------|--------|
| ・満40歳から49歳の市民(1回限り) | 問診・血液検査 | 1,000円 |

## ◎前立腺がん検査

| 対 象                     | 検 査 項 目 | 費 用    |
|-------------------------|---------|--------|
| ・50歳以上 69歳以下の男性市民(1回限り) | 問診・血液検査 | 1,000円 |

## ●企業向け健康診断

### ◎企業向け健康診断

企業ごとの職場健康診断を実施しております。予約制となりますので、予約時に対象人数とご希望の健診コースをお知らせください。（SCK 会員事業所は、合わせてお知らせください。）

<注意>・血液検査の含まれるBコースの場合は、食後10時間以上の後にお越しください。

#### 料 金

| 対象企業   | Aコース       | Bコース       |
|--------|------------|------------|
| 一般     | 4,000円（税別） | 7,500円（税別） |
| SCK 会員 | 3,500円（税別） | 7,000円（税別） |

#### 検査項目

| 検査項目            |                               | Aコース                   | Bコース |   |
|-----------------|-------------------------------|------------------------|------|---|
| 問診              | 既往歴・業務歴・喫煙歴・服薬歴・<br>自覚症状・他覚症状 | ○                      | ○    |   |
| 身体測定            | 身長・体重・BMI                     | ○                      | ○    |   |
|                 | 腹囲（35歳及び40歳以上）                | -                      | ○    |   |
| 胸部レントゲン撮影       |                               | ○                      | ○    |   |
| 血圧測定            |                               | ○                      | ○    |   |
| 尿検査             | 糖・タンパク                        | ○                      | ○    |   |
| 視力検査            |                               | ○                      | ○    |   |
| 聴力検査（オーディオメーター） |                               | ○                      | ○    |   |
| 血液検査            | 脂質                            | 中性脂肪                   | -    | ○ |
|                 |                               | HDL コレステロール            | -    | ○ |
|                 |                               | LDL コレステロール            | -    | ○ |
|                 | 肝機能                           | GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP | -    | ○ |
|                 | 血糖                            | 空腹時血糖                  | -    | ○ |
| 貧血              | 赤血球数・血色素量                     | -                      | ○    |   |
| 心電図             |                               | -                      | ○    |   |

その他、検査項目の追加やご要望も承りますので、ご相談ください。

#### 健診時間

- ・朝8：15からの早朝健診（1日に3～6名）を行っています。
- ・外来診療時間帯にも対応いたしますが、他の患者さんとともに内科診療の順番をお待ちいただきます。

#### 健診結果

健康診断結果票は、まとめて企業様宛に郵送させていただきます。

## ●健康診断 対応時間

予約の必要のない健康診断は、内科の外来診療時間に対応いたします。  
受付は、各診療時間の30分前よりおこなっています。

| 診療時間 |             | 月 | 火  | 水 | 木  | 金 | 土  | 日  |
|------|-------------|---|----|---|----|---|----|----|
| 午前診  | 9:00~12:00  | ○ | ○  | ○ | ○  | ○ | ○  | 休診 |
| 午後診  | 13:30~16:30 | ○ | 休診 | ○ | 休診 | ○ | 休診 | 休診 |
| 夜診   | 17:30~19:30 | ○ | ○  | ○ | 休診 | ○ | 休診 | 休診 |

### 休診日

日曜・祝日、火曜日（午後診）、木曜・土曜（午後診・夜診）、年末年始

## ●お問合せ先



社会医療法人 頌徳会  
**日野クリニック**

〒599-8272  
堺市中区深井中町 1248 番地

泉北高速鉄道「深井駅」より徒歩10分  
（「ふかいぶらざ」西側出入口付近より送迎バスあり）

TEL : 072-276-5111  
FAX : 072-276-5701

