

令和 7 年度脳ドック実施健診機関別検査項目及び健診費用一覧

*○は、脳ドック基本検査項目です。

区分	検査項目	東北中央病院 (Aコース)	東北中央病院 (Bコース)	天童市民病院	新庄徳洲会病院 (脳ドック・午 前)	新庄徳洲会病院 (脳精密・午 後)	三友堂病院	置賜総合病院	庄内余目病院
1	内科（聴打診）	○	○		○		○		
2	身体諸計測（身長、体重）	○	○	○	○		○	○	○
3	BMI	○	○	○	○		○	○	○
4	腹囲測定	○	○	○	○		○		○
5	特定健診質問票				○		○		○
6	肥満度								○
7	聴力検査				○				
8	食事調査・指導							○	
9	心拍数						○	○	
10	頭部MRI検査	○	○	○	○	○	○	○	○
11	頭部MRA検査	○	○	○	○	○	○	○	○
12	頸動脈超音波（エコー）検査	○	○	○	○	○	○	○	○
13	甲状腺超音波検査				○	○			○
14	簡易知能検査			○			○		
15	脳神経系診察								
16	頭部MRA検査	○	○				○	○	
17	視力検査				○				
18	眼底検査				○		○		
19	眼圧検査				○				
20	呼吸器 胸部X線直接撮影				○				
21	循環器 血圧測定	○	○	○	○		○	○	○
22	心電図（安静）	○	○	○	○		○	○	○
23	CAVI（PWV/ABI検査）	○	○	○ ^(※)	○		○	○	○ ^(※)
24	消化器 便潜血反応				○				
25	腹部超音波（エコー）検査				○				
26	血糖 空腹時血糖		○	○	○		○	○	○
27	ヘモグロビンA1c		○	○	○		○	○	○
28	インスリン精密測定		○						
29	代謝系 HDLコレステロール		○	○	○		○	○	○
30	LDLコレステロール		○	○	○		○	○	○
31	総コレステロール（T-CCHO）		○	○	○		○	○	○
32	空腹時中性脂肪（TG）		○	○	○		○	○	○
33	赤血球数		○	○	○		○	○	○
34	血色素量（ヘモグロビン）		○	○	○		○	○	○
35	ヘマトクリット		○	○	○		○	○	○
36	白血球数		○	○	○		○	○	○
37	MCV（平均赤血球容積）				○		○	○	○
38	MCH（平均赤血球色素量）				○		○	○	○
39	MCHC（平均赤血球色素濃度）				○		○	○	○
40	血小板数		○	○	○		○	○	○
41	末梢血液一般検査			○	○		○		
42	血液像				○		○		○
43	CRP				○		○		○
44	血清梅毒反応（TPLA, TPHA, RPR）								○
45	電解質測定							○	
46	血液型判定（ABO式・Rh式）								

区分	検査項目	東北中央病院 (Aコース)	東北中央病院 (Bコース)	天童市民病院	新庄徳洲会病院 (脳ドック・午 前)	新庄徳洲会病院 (脳精密・午 後)	三友堂病院	置賜総合病院	庄内余目病院
47	ナトリウム		○	○	○		○		○
48	カリウム		○	○	○		○		○
49	クロール		○	○	○		○		○
50	カルシウム		○						○
51	ペプシノーゲン (胃部腫瘍マーカー)				○				
52	P T (プロトロンビン時間)							○	
53	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)							○	
54	(血清) 尿素窒素 (BUN)		○	○	○		○	○	○
55	(血清) クレアチニン (CRE)		○	○	○		○	○	○
56	(血清) 尿酸		○	○	○		○	○	○
57	糸球体濾過値 (e-GFR)			○	○		○	○	
58	G O T (A S T)		○	○	○		○	○	○
59	G P T (A L T)		○	○	○		○	○	○
60	γ-G T P		○	○	○		○	○	○
61	総蛋白 (T P)		○	○	○		○	○	○
62	A/G比				○		○	○	○
63	総ビリルビン				○		○	○	○
64	A L P				○		○	○	○
65	アミラーゼ				○		○		○
66	A L B (アルブミン)			○	○		○	○	○
67	C H E (コリンエステラーゼ)				○		○	○	
68	L D H (乳酸脱水素酵素)				○		○	○	○
69	H B s 抗原				○		○		○
70	H C V 抗体				○		○		○
71	糖			○	○		○	○	○
72	蛋白			○	○		○	○	○
73	潜血			○	○		○	○	○
74	p H						○	○	○
75	沈査						○		○
76	比重				○		○	○	○
77	細菌染色								
78	混濁							○	○
79	ウロビリノーゲン			○	○		○	○	○
80	ケトン体 (アセトン体)							○	○
81	ビリルビン			○					○
82	認知症検査 あたまの健康チェック								○
金額 (税込)	基本検査料金	44,000円	51,920円	45,830円	63,100円	33,500円	50,700円	45,000円	49,500円
	自己負担額 (45歳)	4,000円	11,920円	5,830円	23,100円	0円	10,700円	5,000円	9,500円
	自己負担額 (46歳以上)	24,000円	31,920円	25,830円	43,100円	13,500円	30,700円	25,000円	29,500円
オプション検査項目の有無		なし	なし	なし	あり	あり	あり	なし	なし

- ・オプション検査項目の詳しい検査内容は健診機関にお問い合わせください。
- ・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。
- ・CAV I (PWV/ABI検査)について、天童市民病院及び庄内余目病院はPWV検査を実施していません。