

315 Madison Ave, Fl 17, New York, NY 10017
受付：212-365-5066 (月~金 8:30am - 5:30pm)

お申込はWEBで受付中！

<https://www.jmedical.com/medical-checkup/>



バリウム検査含み放射線被ばくリスクが高いため40歳以上推奨
胃カメラ受診者は、C以上のコース選択不可。

検査項目		A	B	B1	B2	C	C1	C2	E
問診	身体検査・問診	●	●	●	●	●	●	●	●
身体測定	身長 (cm/inc), 体重(kg/lb) BMI, 血圧, 心拍数, 腹囲	●	●	●	●	●	●	●	●
視力	視力/眼圧(緑内障検査) 眼底	●	●	●	●	●	●	●	●
尿検査	潜血反応, ビリルビン, ウロビリノーゲン, ケトン体, 蛋白, 亜硝酸, 糖, P H, 比重, 白血球反応	●	●	●	●	●	●	●	●
メンタル	PHQ-9 ^{※1}	●	●	●	●	●	●	●	●
血液検査	血球 算定 鉄分								
	血糖								
	電解質								
	腎機能								
	胆嚢								
	尿酸								
	肝機能								
	脂肪								
	甲状腺								
	肝炎								
聴力検査									
胸部X線									
心電図									
便検査									
超音波									
バリウム(胃部X線検査)									
ピロリ菌									
骨密度									
パッケージ料金 (USD)		430	620	820	905	915	1,095	1,185	1,655

※1: 本検査はサービスで行っております。ご希望の方はキャンセル可能です。

婦人科健診追加オプション

妊娠中の方へ：妊娠中・妊娠の可能性のある方は事前にお知らせ下さい。

検査項目	W1	W2	W3	W4	W5	子宮頸がんHPV検査 ^{※2}	163.23 ^{※2}
子宮頸部	●	●	●	●	●	子宮頸がんの原因、HPVウイルスの感染の有無を検査し、 がんのリスクを確認します。近年子宮頸部細胞診に加えてHP V検査の同時実施が日米で一貫しています。	
乳房		●	●	●	●	乳房超音波	200.00
子宮超音波			●	●	●	日本と異なり、米国では学会のガイドラインにより本検査のみ の受診は不可。提携医療機関実施。マンモグラフィと一緒に お申込みが必要です。	
パッケージ料金 (USD)		80	250	320	450	700	
追加可能なオプション (HPVまたは/及び乳房超音波) を追加した場合		243.23	450.00	683.23	613.23	1063.23	

※2: 本検査にはHPVのDNA検査実施後、HPV16型・18型検査を行います。DNA検査陰性の場合16・18型検査は不要となるため\$105.88を返金致します。

追加オプション

全年齢推奨				40歳以上推奨		50歳以上推奨		胃・大腸カメラ(内視鏡検査)	
色覚検査	サービス*	A型肝炎抗体(HAab)	18.10	眼底検査	120	骨密度検査	110	提携医療機関で検査を実施します。人 間ドックと併せて受診頂く場合、当院よ りご予約可能です。また、レポートを一緒 に作成致します。尚、お支払い・保険請 求者は提携先となります。	
炎症反応検査(CRP)	21.54	B型肝炎抗体(HBsAg)	7.99	婦人科 子宮超音波	380	前立腺腫瘍マーカーPSA	16.25	Midtown Endoscopy Center (担当医：岩誠誠医師) 535 5th Ave, New York, NY 当院より徒歩5分 Tel: 212-879-2328 日本語受付、火・木検査実施	
肺機能アミラーゼ	16.56	B型肝炎抗体(HBsAb)	16.51	腫瘍マーカーCA19-9	23.49	男性腫瘍マーカーセット (CEA/AFP/PSA)	44.06		
肺機能アミラーゼ+リパーゼ	38.62	C型肝炎抗体(HCVAb)	12.28	女性腫瘍マーカー CA125卵巣	68.50	各種サービス			
梅毒 (RPR)	7.45	便検査	30	女性腫瘍マーカーセット (CEA/AFP/CA125)	96.31	健診結果用紙郵送	30		
HIV	19.38	虫卵便検査	43.68			健診結果発行10日営業日	99		
クラミジア・淋病	32.24	尿沈渣	7.55			健診結果発行30日	50		
MMR(抗体IgG)パネル (はしか、風疹、おたふく)	42.37	甲状腺超音波	350			日英追加健診レポート	50		
ビタミンD	38.12	肺機能検査-喫煙者推奨	175						
		ピロリ菌検査 (呼吸検査)	200						

健康診断にて追加で再検査及び治療が必要となった場合は別途費用が発生致します。色覚検査は希望者にサービスで実施しておりますのでお気軽にお問い合わせ下さい。

保険会社への請求をご希望の方へ：保険会社への請求は正規料金となります。記載されたパッケージ料金とは異なりますのでご注意ください。

保険会社へご請求した金額の全額が支払われない場合は、上記コース料金との差額を別途ご請求させて頂きます。