

大阪府

後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方へ

人間ドック費用の助成（26,000円）

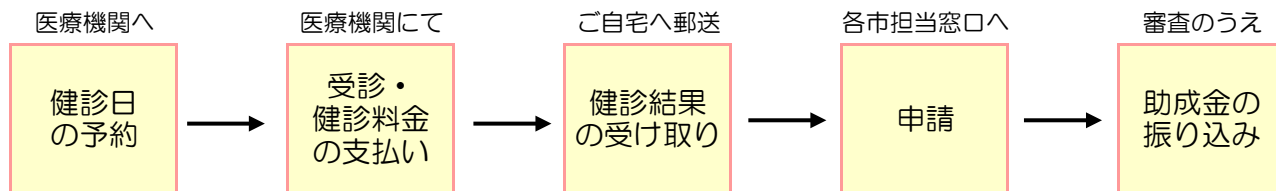
が受けられます

<大阪複十字病院にてご受診の場合>

税込料金 申請後26,000円助成を受けると、
人間ドック 基本コース 44,000円 → 18,000円で受診できます

| | | |
|---------|------------------------|-----------|
| オプション検査 | 胃内視鏡検査 | 税込 5,500円 |
| | 乳がん検診(マンモグラフィ2方向) | 税込 3,300円 |
| | 乳がん検診(マンモグラフィ1方向) | 税込 2,200円 |
| | 乳がん検診(超音波検査) | 税込 2,200円 |
| | 子宮(頸部)がん検診(医師採取法・LBC法) | 税込 3,300円 |
| | 喀痰細胞診 | 税込 2,420円 |

<助成金を受け取るには>



<申請に必要なもの> 詳しくは各市担当窓口にお問い合わせください

- ・マイナ保険証（マイナンバーカード） または 後期高齢者医療資格確認書
- ・ドックの領収書
- ・健診結果
- ・口座情報がわかるもの

<注意事項>

- ・今年度、後期高齢者医療の健康診査を受診された方は助成対象外です
(必ず助成が受けられるとはかぎりません 詳しくは下記までお問い合わせください)
- お問合せ先： 大阪府後期高齢者広域連合 電話 06-4790-2031
またはお住まいの市区町村窓口（後期高齢者医療担当）へお願いします



みなさまのお問い合わせ・ご予約をお待ちしております
一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院
〒572-0850 寝屋川市打上高塚町3-10
TEL：072-821-3888（ヘルプデスク 直通）
TEL：072-821-4781（代表）
FAX：072-824-2312

大阪複十字病院2階・健診センター受付でもご予約ができます

大阪複十字病院 人間ドック 検査項目一覧表

| 検査分類 | 検査項目 | 人間ドック 基本コース |
|-------|---------------------|----------------|
| 問診・診察 | 問診、診察 | ● |
| 身体計測 | 身長、体重、腹囲 | ● |
| | BMI、肥満度、体脂肪率 | ● |
| 視力 | 視力 | ● |
| 血圧 | 血圧測定 | ● |
| | 心拍数 | ● |
| 循環器 | 安静心電図 | ● |
| | 動脈硬化度 | ● |
| 聴力 | 簡易聴力 | ● |
| 眼底 | 眼底検査（両眼） | ● |
| 眼圧 | 眼圧検査（両眼） | ● |
| 呼吸器系 | 胸部エックス線（デジタル撮影 2方向） | ● |
| 肺機能 | 肺機能検査 | ● |
| 消化器系 | 胃部エックス線（デジタル撮影） | ● |
| | 便潜血検査（免疫法2回） | ● |
| 超音波 | 腹部超音波検査（6項目） | ● |
| 糖代謝 | 尿糖（定性） | ● |
| | 空腹時血糖 | ● |
| | HbA1c | ● |
| 腎尿路系 | 尿蛋白（定性） | ● |
| | 尿潜血 | ● |
| | 尿比重・尿PH | ● |
| | 尿沈渣 | ● |
| | クレアチニン | ● |
| | e-GFR | ● |
| | 尿蛋白/クレアチニン比 | ● |
| | 尿素窒素 | ● |
| 脂質代謝 | 総コレステロール | ● |
| | HDLコレステロール | ● |
| | non-HDLコレステロール | ● |
| | LDLコレステロール | ● |
| | トリグリセライド（中性脂肪） | ● |
| | L/H比（LDL/HDL比） | ● |
| 肝機能 | AST(GOT) | ● |
| | ALT(GPT) | ● |
| | γ-GT(γ-GTP) | ● |
| | 総蛋白 | ● |
| | アルブミン | ● |
| | 総ビリルビン | ● |
| | ALP | ● |
| | LAP | ● |
| | LDH | ● |
| | コリンエステラーゼ | ● |
| A/G比 | ● | |

| 検査分類 | 検査項目 | 人間ドック 基本コース |
|--------|--------------|----------------|
| 肝線維化 | FIB-4 Index | ● |
| 尿酸 | 尿酸 | ● |
| 膵機能 | 血清アミラーゼ | ● |
| 血球 | 赤血球数 | ● |
| | 血色素量（ヘモグロビン） | ● |
| | ハマトクリット | ● |
| | 白血球数 | ● |
| | 血小板数 | ● |
| | MCV | ● |
| | MCH | ● |
| | MCHC | ● |
| | 白血球分類 | ● |
| 血液型 | 血液型（ABO・Rh） | ○ 初回のみ |
| 血清 | CRP | ● |
| 肝炎ウィルス | HBs抗原（精密法） | ● |
| | HBs抗体（精密法） | ● |
| 腫瘍マーカー | α-フェト蛋白 | ● |
| | CEA | ● |
| | CA19-9 | ● |
| 甲状腺 | TSH | ● |
| | FT4 | ● |
| リウマチ | RF定量 | ● |

* 胃内視鏡検査、乳がん検診（マンモグラフィ、超音波検査）、
子宮がん検診、喀痰細胞診はオプション検査として受診可能です。
オプション検査、その他追加検査をご希望の方は
当院ヘルスケアプランニング課までお問い合わせください。