

恵比寿健診センター 消化器系健診のご案内

東京商工会議所では、健康管理サービス事業の一環として、会員・従業員及びご家族の方に消化器系健診をご案内いたします。

日ごろの健康管理にぜひご利用ください。

(※当健診は労働安全衛生法に基づく定期健康診断には該当いたしません)



恵比寿健診センターのオススメ理由

1. 健康経営優良法人 取得
2. 全国労働衛生団体連合会 労働衛生サービス機能評価委員会認定施設
3. 日本総合健診医学会認定 優良総合健診施設

検査コース・料金

健診コース		健診内容	健診料金(税込)
消化器Aコース		腹部超音波検査・尿検査・血液検査	7,700円
消化器Bコース		消化器Aコース+胃部X線検査(直接撮影)	18,700円
オプション	①	胃がん検査(ペプシノゲン)	3,300円
	②	肝炎ウイルス検査(HBs抗原+HCV抗体)	2,860円
	③	前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ	3,300円
	④	卵巣がん検査(CA125) ※女性のみ	3,300円
	⑤	乳腺超音波検査 ※女性のみ	3,300円

【検査項目】

項目			種別		消化器系健診	
					消化器Aコース	消化器Bコース
					腹部超音波・尿・血液	消化器Aコース+胃部X線
尿検査(糖・蛋白)					○	○
尿検査(潜血)					○	○
胃部エックス線検査(直接撮影)						○
腹部超音波検査					○	○
血液検査	脂質	総コレステロール			○	○
		中性脂肪			○	○
		HDLコレステロール			○	○
		LDLコレステロール			○	○
	肝機能	総蛋白			○	○
		AST(GOT)			○	○
		ALT(GPT)			○	○
		γ-GT(γ-GTP)			○	○
	糖尿	ALP			○	○
		空腹時血糖			○	○
	貧血	赤血球数			○	○
		白血球数			○	○
		血色素量			○	○
	腎機能	クレアチニン			○	○
		eGFR			○	○
		尿酸			○	○

【オプション検査】

①	胃がん検査(ペプシノゲン)	
	血液検査により、胃がんに行進しやすい萎縮性胃炎(胃粘膜の萎縮)を調べるための検査です。 ただし、胃を切除した方には適しません。	
	② 肝炎ウイルス検査(HBs抗原+HCV抗体)	
	B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスに感染していないかを調べます。	
	③ 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ	
④	血液中のPSA値を測定します。PSAは前立腺に特異的で、異常値の場合は効率的に前立腺がんを見つけることができます。 前立腺がんのほか、前立腺肥大症、前立腺炎などでも値が高くなることがあります。	
	④ 卵巣がん検査(CA125) ※女性のみ	
	主に卵巣がんを発見するための腫瘍マーカー検査です。 ※月経時・妊娠初期などに一過性の上昇がみられ、子宮内膜症の病気でも値が高くなることがあります。	
⑤	⑤ 乳腺超音波検査 ※女性のみ	
	乳房を超音波で描出し、主に腫瘍の有無を検索します。	

検査説明

▶ 腹部超音波検査(A・Bコース共通)

超音波で腹部(肝臓・胆嚢・腎臓・脾臓・脾臓)の状態を調べる画像診断です。(腫瘍、ポリープ、他疾患など)

▶ 胃部X線検査(Bコース)

バリウムを飲みレントゲン撮影し食道・胃・十二指腸の状態を調べます。(がん、ポリープ・潰瘍など)

▶ オプション検査

①～④は血液検査です。

A・Bコースで採取した血液量で検査が可能です。

※ご注意

- 消化器A・Bコースは労働安全衛生法に基づく定期健康診断には該当いたしません。年一回の法定健診としてご利用いただく場合は、一般健康診断または生活習慣病健診をご受診ください。
- オプション検査のみのご受診は出来ません。

お申込みは裏面の申込書をご使用ください▶

(2023.4)

東京商工会議所 消化器系健診申込書（会員専用）

フリガナ					
事業所名					
住所	〒	—	TEL	—	—
			FAX	—	—
			Email		
フリガナ				部署名	
ご担当者					

恵比寿健診センター
受診用

必要事項をご記入のうえ
FAXにてお申込みください。
折り返し健診機関より日程
調整および健診受診までの
流れをご連絡いたします。
**※予約状況によりご希望
に添えない場合もございま
すのでご了承ください。**

↓ご予約の方の必要事項をご記入ください

FAX送信先 03-3283-7768

1	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭・平 年 月 日	希望コース	希望日 年 月 日
	住所	〒 —	電話	※日中のご連絡先 ()			希望オプション	備考
2	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭・平 年 月 日	希望コース	希望日 年 月 日
	住所	〒 —	電話	※日中のご連絡先 ()			希望オプション	備考
3	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭・平 年 月 日	希望コース	希望日 年 月 日
	住所	〒 —	電話	※日中のご連絡先 ()			希望オプション	備考
4	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭・平 年 月 日	希望コース	希望日 年 月 日
	住所	〒 —	電話	※日中のご連絡先 ()			希望オプション	備考
5	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭・平 年 月 日	希望コース	希望日 年 月 日
	住所	〒 —	電話	※日中のご連絡先 ()			希望オプション	備考

お申込み・お問い合わせ

東京商工会議所 組織運営課 健康管理サービス係
〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-2-2(丸の内二重橋ビル6階)
TEL: 03-3283-7753 FAX: 03-3283-7768
URL: <https://www.tokyo-cci.or.jp/welfare/health/>

健診機関

一般財団法人日本健康増進財団 恵比寿ハートビル診療所(恵比寿健診センター)
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4
TEL: 03-5420-8015 (受付時間 平日9時~12時、13時~17時)
アクセス
JR恵比寿駅東口より徒歩6分、東京メトロ日比谷線 恵比寿駅より徒歩8分

※上記の情報は、受診案内の送付と健診結果報告、それに伴う統計・分析・翌年の継続的受診案内
などに使用し、それ以外に使用することはありません。
※お申込み多数の場合は、本申込書をコピーしてお使いください。

【恵比寿健診センター所在地】

