

検査項目	健診機関	1泊2日		PETドック	脳MRI+1日ドック	
		北 陸 中 央 病 院	松 任 石 川 中 央 病 院	松 任 石 川 中 央 病 院	北 陸 中 央 病 院	松 任 石 川 中 央 病 院
身体測定(身長・体重・腹囲等)		○	○	○	○	○
眼科検診	視力検査	○	○	○	○	○
	眼底検査	○	○	○	○	○
	眼圧検査	○	○	○	○	○
聴力検査		○	○	○	○	○
呼吸器検査	胸部X線又は マルチスライスCT	○	○	○	○	○
循環器系 検査	血圧測定・心電図	○	○	○	○	○
	総コレステロール	○	○	○	○	○
	HDL・LDL・中性 脂肪	○	○	○	○	○
肝機能検査	AST・ALT・γ-G T	○	○	○	○	○
	コリンエステラーゼ		○			
	総蛋白・総ビリル ビン	○	○	○	○	○
肝炎検査	HBs抗原	○	○	○	○	○
	HCV抗体	○	○	○	○	○
	ALP	○	○	○	○	○
	LDH	○	○	○	○	○
糖尿病検査	血糖・HbA1c	○	○	○	○	○
	糖負荷試験	○	○			
腎・脾臓検査	比重	○	○	○	○	○
	蛋白・尿管・クレア チニン	○	○	○	○	○
	ウロビリ	○	○	○	○	○
	潜血	○	○	○	○	○
	尿酸窒素	○	○	○	○	○
	アルブミン	○	○	○	○	○
	アミラーゼ	○	○	○	○	○
血液系検査	赤血球数・白血 球・血小板・ヘマト クリット・ヘモグロビ ン	○	○	○	○	○
	MCV・MCH・M CHC	○	○	○	○	○
	梅毒反応	○			○	
	CRP	○	○		○	
痛風検査	尿酸	○	○	○	○	○
消化器系検査	胃透視又は胃カメ ラ	○	○	○	○	○
	便潜血(2回法)	○	○	○	○	○
超音波検査	腹部超音波	○	○	○	○	○
前立腺	PSA(男性)	○	○	○	○	○
女性検診 ※1	マンモグラフィ 又は 超音波	○	○	○	○	○
	子宮癌検査	○	○	○	○	○
脳検査	頸動脈超音波				○	○
	MRI・MRA				○	○
PET検査	PET			○		
胃の検査に係る鎮静剤の有無※2		○	○	○	○	○

※1 女性検診・・・「○」当日に実施「▲」当日又は別日に提携機関で実施「◎」オプションで受診(当日又は別日に提携機関で実施)

※2 鎮静剤の有無・・・「○」原則使用可「×」使用不可「△」医療機関へ確認 医療機関ごとに自己負担や行動制限等の有無が異なりますので、医療機関からの案内を熟読ください。

また、各医療機関には原則胃カメラでの実施を要望しておりますが、医師等の状況により胃透しとなる可能性があります。

注記 各医療機関においては、医師の状況や機器の故障等の理由により、一部の検査が別の医療機関等での実施となることもあります。