

令和8年度 北中城村人間ドック検査項目

検査項目	検査内容	中部協同病院	愛聖クリニック	仲宗根クリニック	翔南病院	ハートライフ病院
身体計測	身長・体重	●	●	●	●	●
	BMI(体格指数)	●	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●	●
	体脂肪率		○	○	○	
眼科	視力	○	○	○	○	○
	眼底・眼圧	○	○	○	○	○
聴力	1000Hz・4000Hz	○	○	○	○	○
呼吸器系	胸部レントゲン	○	○	○	○	○
	喀痰細胞診					
	呼吸機能検査	○	○	○	○	○
循環器系	血圧	●	●	●	●	●
	心電図	○	○	○	○	○
腎臓系	尿沈査					○
	尿潜血	●	●	●	●	●
	尿蛋白	●	●	●	●	●
	尿糖	●	●	●	●	●
	尿PH・ケトン体・比重等		○	○比重等なし	○	
	クレアチニン・eGFR	●	●	●	●	●
	BUN	○		○	○	○
	ウロビリノーゲン			○	○	○
肝臓系	Na・K・Cl				○	
	総蛋白・総ビリルビン	○	○	○	○	○
	LDH・ALP	○	○ALPのみ	○	○	○
	GOT・GPT・γ-GTP	●	●	●	●	●
	コリンエステラーゼ					○
ウイルス検査	アルブミン・A/G比	○	○	○アルブミンのみ	○	○
	HBs抗原	○	○		○	
	HBs抗体	○			○	
	HCV抗体	○	○		○	
膵臓系	梅毒血清反応				○	
	膵臓(血清アミラーゼ)	○	○	○	○	○
代謝系	尿酸	●	●	●	●	●
	空腹時血糖	●	●	●	●	●
	血中インスリン					
	HbA1c	●	●	●	●	●
脂質代謝	総コレステロール	○	○	○	○	○
	HDL・LDL・non-HDL コレステロール	●	●non-HDLなし	●	●	●
	中性脂肪	●	●	●	●	●
血液一般	WBC・RBC・Hb等	○	○	○	○	○
	血沈(1時間値)					
血清検査	CRP	○		○	○	○
	RA(またはRF)	○		○	○	
	血液型(ABO式・RH)			○初回のみ		
がん消化器系	胃レントゲン(バリウム)又は胃カメラ	○バリウム カメラ追加料金 3,000円	○カメラ バリウムなし	○バリウム カメラ追加料金 4,950円	○バリウム カメラ追加料金 4,400円	○バリウム カメラ追加料金 6,600円
がん大腸系	便検査(便潜血2回法)	○	○	○	○	○
	直腸診			○希望者のみ		
腫瘍マーカー	CEA(主に大腸)					○
	PSA(男性のみ)					
エコー検査	胆のう・肝臓・膵臓等	○	○	○	○	○
問診・診察	問診・診察	●	●	●	●	●
その他	結果説明	○	○	○	○	○
	その他					
昼食	カロリーを算出した食事の提供	○				○
各医療機関検診料金 A		30,000円	38,750円	33,000円	30,580円	36,400円
村費用負担(40歳以上) B		10,000円				
各保険者特定健診負担 C		各保険者によって負担額が変わります(受診券使用) ※国保・長寿健診使用は8,000円。				
受診者自己負担額		40歳以上: A - (B + C) ※北中城村ドック検診は特定健康診査とセットで実施しています。				

●: 特定健康診査項目 ○: 特定健康診査外検査項目

令和8年度 北中城村人間ドック検査項目

検査項目	検査内容	健康づくり財団	検診センター	中部徳洲会病院	ちばなクリニック	大浜第一病院
身体計測	身長・体重	●	●	●	●	●
	BMI(体格指数)	●	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●	●
	体脂肪率			○		○
眼科	視力	○	○	○	○	○
	眼底・眼圧	○	○	○	○	○
聴力	1000Hz・4000Hz	○	○	○	○	○
呼吸器系	胸部レントゲン	○	○	○	○	○
	喀痰細胞診					
	呼吸機能検査	○	○		○	○
循環器系	血圧	●	●	●	●	●
	心電図	○	○	○	○	○
腎臓系	尿沈査	○対象者のみ	△蛋白・潜血が陽性の場合に実施	○	○	○
	尿潜血	●	●	●	●	●
	尿蛋白	●	●	●	●	●
	尿糖	●	●	●	●	●
	尿PH・ケトン体・比重等	○ケトン体なし		○	○	○ケトン体なし
	クレアチニン・eGFR	●	●	●	●	●
	BUN	○	○	○		○
	ウロビリノーゲン	○		○		○
肝臓系	Na・K・Cl					
	総蛋白・総ビリルビン	○	○	○	○	○
	LDH・ALP	○	○		○ALPのみ	○
	GOT・GPT・γ-GTP	●	●	●	●	●
	コリンエステラーゼ	○	○			○
ウイルス検査	アルブミン・A/G比	○	○		○アルブミンのみ	○
	HBs抗原	○	○	○	○省略可	○
	HBs抗体					○
	HCV抗体	○対象者のみ	○	○	○	○
膵臓系	梅毒血清反応					
	膵臓(血清アミラーゼ)	○	○	○		○
代謝系	尿酸	●	●	●	●	●
	空腹時血糖	●	●	●	●	●
	血中インスリン					
	HbA1c	●	●	●	●	●
脂質代謝	総コレステロール	○	○	○	○	○
	HDL・LDL・non-HDL コレステロール	●	●non-HDLなし	●	●	●
	中性脂肪	●	●	●	●	●
血液一般	WBC・RBC・Hb等	○	○	○	○	○
	血沈(1時間値)					
血清検査	CRP	○高感度CRP	○		○高感度CRP	○
	RA(またはRF)	○	○	○		○
	血液型(ABO式・RH)	○初回のみ	○省略可		○省略可	
がん消化器系	がん	○バリウム	○バリウム	○バリウム	○バリウム	○バリウム
	胃レントゲン(バリウム)又は胃カメラ	カメラ追加料金7,700円	カメラ追加料金 7,700円	カメラ追加料金 6,600円	カメラ追加料金 6,600円 *鎮静剤使用、追加料金1,100円	カメラ追加料金 6,600円 *鎮静剤使用、追加料金2,200円
がん大腸系	便検査(便潜血2回法)	○	○	○	○	○
	直腸診					
腫瘍マーカー	CEA(主に大腸)					
	PSA(男性のみ)			○		
エコー検査	胆のう・肝臓・膵臓等	○	○	○	○腹部大動脈あり	○
問診・診察	問診・診察	●	●	●	●	●
その他	結果説明	○	○	○	○	○
	その他				血清鉄・血液像	
昼食	カロリーを算出した食事の提供	○		○	○	
各医療機関検診料金 A		34,100円	39,600円	35,200円	38,500円	40,700円
村費用負担(40歳以上) B		10,000円				
各保険者特定健診負担 C		各保険者によって負担額が変わります(受診券使用) ※国保・長寿健診使用は8,000円。				
受診者自己負担額		40~74歳: A-(B+C)			※北中城村ドック検診は特定健康診査とセットで実施しています。	

●: 特定健康診査項目 ○: 特定健康診査外検査項目