

がん早期発見コース検査項目表

(50 以上のがんの早期発見)

EXAMINATION 検査項目					
	基本コース		ゴールドコース		プレミアムコース
Complete Physical Exam 問診・診察	■		■		■
Vision Test, Color Blindness 視力					■
Body Measurement・BP 身体計測・血圧	■		■		■
Sedimentation Rate 血沈			■		■
Comprehensive Screen Profile 総合血液検査					
・Complete Blood Count 血球算定					
・Glucose-BS 血糖(糖尿病)					
・Electrolyte-Na,K,Cl,Ca, 電解質					
Kidney-BUN,Creatinine 腎機能					
・Gallbladder-T-Bil 胆嚢(ビリルビン)			■		■
・Uric Acid 尿酸(痛風)					
・Iron Profile 鉄分(貧血)					
・Liver-TP,Albumin,Globulin 肝機能					
ALP,GOT,GPT,γ-GTP,A/G ratio					
・Cholesterol,TG,HDL,LDL 血中脂肪分析(高脂血症)					
・Thyroid-TSH 甲状腺機能					
Amylase/Pancreas アミラーゼ(膵臓)					
CRP C反応性蛋白(炎症性疾患)					
Rheumatoid Factor リウマチ因子					
Urinalysis 尿検査			■		■
Stool Hemocult 便潜血検査	■		■		■
Chest X-Ray 胸部X線(検査センターにて撮影)					
E.K.G. 心電図					
Audiometry 聴力検査					
Spirometry 肺機能検査 -喫煙者推薦					
Ova and Parasite 虫卵便検査					
Hepatitis B,C B,C型肝炎ウイルス抗原抗体					
Galleri Cancer Test ガレリがん検査	■		■		■
CEA,AFP,PSA(MALE) 腫瘍マーカー(男性)-45才以上			■		■
CEA,AFP,CA125(FEMALE) " (女性)-45才以上			■		■
Helicobacter Pylori (Stool) ピロリ菌(便検査)					
Helicobacter Pylori (Breath) ピロリ菌(尿素呼気検査)					
Glycohemoglobin ヘモグロビン A1C(糖尿病)					
Microscopy (Urine) 尿沈渣					
U/S-Abdominal,Kidney 腹部超音波(肝・胆・膵・腎・脾)					■
パッケージ料金		1200	1600		1800
Woman's Examination 婦人科健診	W1	W2	W3	W4	
Pap Smear 子宮頸癌細胞診・内診	■	■	■	■	20代~ 年1回目安
Ultrasound/Breasts 乳房超音波		■	■	■	35歳以上 年1回目安
Ultrasound/Pelvic 子宮・卵巣超音波			■	■	40歳以上 年1回目安
Post Menopausal (FSH) 更年期女性ホルモン検査				■	更年期前後の女性
婦人科健診パッケージ料金		90	280	500	580

2024年2月1日改訂

がん早期発見コースのご案内

※全コース所要時間は2～3時間です。入院不要。

※追加検査が必要な場合は、通常料金の半額で各パッケージに追加できます。

ガレリ検査とは

ガレリ検査は、血液検査で行うがんの検査法で、50 以上のがんの早期発見が可能です。多くのがん細胞はそれぞれのDNAを血液中に放出しています。それを特殊な方法でチェックするのがガレリ検査ですが、がんのDNAを血液中に放出しない脳腫瘍を除く、肛門がん、膀胱がん、大腸・直腸がん、食道がん、頭頸部がん、肝臓がん、肺がん、リンパ腫、卵巣がん、膵臓がん、乳がん、胃がんなどのがんを対象としています。

ガレリ検査の特徴は、偽陽性の確率が低く(0.05%)、検査結果が陽性だと 99.5%の確率でがんが存在する、ということになります。そのがんの出所も 89%の確率で判明します。ガレリ検査でがんを発見する陽性率は 51.5%で、検査結果が陰性でも、がんが必ずしも存在しないということではないですが、ステージ1のがんは 40%、ステージ2は 67%、ステージ3は 80%、ステージ4は 95%の陽性率で、がんが進行していくと、その陽性率が高くなっていきます。

ガレリ検査は他の推薦されているがんのスクリーニング検査に代わるものではありません。むしろ、推奨されているがんのスクリーニング検査と共に行うとがんの発見率が高くなり、スクリーニング効果も上がります(約2倍の確率でがんを発見することが可能になります)。ガレリ検査はあくまでもスクリーニング検査で、診断のための検査ではありません。ガレリ検査が陽性の場合は、そのがんに合わせて、CT、MRIなどの精密検査が必要になります。

A 基本コース

50以上のがんの早期発見が可能なガレリ検査に加え、便潜血検査がついた基本パッケージ。

B ゴールドコース

Aコースに、総合血液検査・血沈・尿検査・腫瘍マーカー(大腸・肝臓・前立腺・卵巣がんのスクリーニング血液検査)を加えたパッケージ。

C プレミアムコース

ゴールドコースに腹部超音波検査を加えたパッケージ。

D 婦人科健診パック

乳がん、子宮頸がん、子宮体がん他、婦人科疾患の早期発見のためのパッケージ。
ガン早期発見コースパックとご併用ください。



Nihon Clinic
日本クリニック

がん早期発見コース受診のご案内

- 受診日** 毎週火曜日の午前中、または毎月第3土曜日の午前中（8:30～9:00am チェックイン）
※土曜日は混み合いますので、お早めにご予約をお取りください。
- 予約方法** ご希望日の2～3週間前までに、別紙お申込書に必要事項をご記入の上、Email・FAX・郵送にてご送付ください。
- 申込書送付先** 日本クリニック サンディエゴ 3762 Clairemont Drive. San Diego, CA 92117（駐車場完備）
TEL: (858)560-8910 FAX: (858)560-8011 Email: sandiego@nihonclinic.com
- お支払方法** 健診当日チェックイン時に、受付にて現金、小切手またはクレジットカード（Visa, Master Card）でお支払いください。
- 保険請求** 健康保険は適用されません。
- 結果レポート** 検査日より1か月程度で、レポートを作成し、患者様のご自宅へ郵送、またはEmailで送付致します。
診察が必要な場合は、お電話にてクリニックにご予約をお取りください。

健診注意事項

- ゴールドコースとプレミアムコースは検査開始時間の12時間前より絶食となります。**
治療のための服薬やサプリメントなども、当日の朝は飲まずにご来院ください。
お水は検査4時間前まで摂取して頂いて構いません。
検査前日の夕食は、早めのお時間に軽めに召し上がってください。
- 前日は十分な睡眠をとり、アルコールは控えてください。当日は検査終了まで禁煙となります。
女性の方は、生理中、妊娠中および妊娠の可能性が少しでもある場合は必ずクリニックまでご連絡ください。
- 他州、またはメキシコからお越しの方は、前日までにサンディエゴ入りをお願いいたします。
メキシコからお越しの方は、前日の夕方4時までに便検査キットを取りにお越しく下さい。
アメリカ国内にお住まいの方は、検査当日に便検査容器をお渡し致しますので、検査終了後1週間以内を目途に、郵送して頂きますようお願い申し上げます。
検査当日、以下の書類をご持参ください。
 - ① 写真付き身分証明書（パスポートや運転免許証）
 - ② 「初診の書類」をダウンロードして必要事項を記入したもの（初診の方のみ）
 - ③ 以前に別の医療機関にて受診された人間ドック報告書など

キャンセル・スケジュール変更は、必ず1週間前までにご連絡ください。24時間以内のキャンセルには20%のキャンセル料金が掛かることがあります。



日本クリニック サンディエゴ ガン早期発見コース申込書

全て英文にてご記入ください。

1. ご勤務先 Company Information

会社名 Company Name:	社員氏名 Employee Name:
担当者 Contact Person:	担当者電話番号 Phone:
担当者 Email:	

2. 受診者 Applicant Information

氏名 Name:	男性 (Male)	女性 (Female)
検査コース名 Exam Package:	生年月日 DOB:	年 月 日
自宅住所 Mailing Address:		
Cell Phone:	Work Phone:	
Home Phone:		
Email Address:		

受診ご家族名 Family Members applying for Physical Exams:

氏名 Name:	生年月日 DOB:	性別(Sex)	コース (Exam Package)
	年 月 日	Male Female	
	年 月 日	Male Female	
	年 月 日	Male Female	
	年 月 日	Male Female	
	年 月 日	Male Female	

3. ご希望検査日時 Applicant Date Preferred:

1st: 第一希望	Date	Time	8:30am	8:45am	9:00am
2nd: 第二希望	Date	Time	8:30am	8:45am	9:00am
3rd: 第三希望	Date	Time	8:30am	8:45am	9:00am

4. お支払い方法 Billing Information:

ご希望の項目に印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 全額会社請求	Bill to the company	名前(Print):
支払い責任者	(Responsible Person)	サイン(Signature):
<input type="checkbox"/> 個人請求	Bill to individuals	名前(Print):
支払い責任者	(Responsible Person)	サイン(Signature):

お申し込み用紙は、当クリニックまで FAX,郵送または Email にてお送り下さい。

© Nihon Clinic San Diego, APC 3762 Clairemont Dr. San Diego, CA 92117

TEL (858)560-8910 FAX (858)560-8011 Email sandiego@nihonclinic.com