

# 日本クリニック サンディエゴ 健康診断(人間ドック)検査項目表

EXAMINATION	検査項目	基本	労安				成人ドック			
		A	B	B-1	B-2	C	D-1	D-2	E	
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, Kidney-BUN,Creatinine	・電解質 ・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 ALP,GOT,GPT,γ-GTP,A/G ratio	・肝機能									
・Cholesterol,TG,HDL,LDL	・血中脂肪分析(高脂血症)									
・Thyroid-TSH	・甲状腺機能									
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	■	■	■	■	■	■	■	■	
Glycohemoglobin A1C	ヘモグロビン A1C(糖尿病)	■	■	■	■	■	■	■	■	
Hepatitis B,C	B,C型肝炎ウイルス抗原抗体					■	■	■	■	
AIDS /HIV	エイズ検査					■	■	■	■	
CEA,AFP,PSA(MALE)	腫瘍マーカー(男性)					■	■	■	■	
CEA,AFP,CA125(FEMALE)	〃 (女性)					■	■	■	■	
Helicobacter Pylori (Breath)	ピロリ菌(尿素呼吸気検査)				■	■		■	■	
Microscopy (Urine)	尿沈渣								■	
Spirometry	肺機能検査 -喫煙者推薦								■	
U/S-Abdominal,Kidney	腹部超音波(肝・胆・膵・腎・脾)			■	■		■	■	■	
<b>人間ドックパッケージ料金</b>		<b>690</b>	<b>790</b>	<b>1010</b>	<b>1160</b>	<b>1330</b>	<b>1510</b>	<b>1660</b>	<b>2080</b>	

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			■	■	希望者 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
<b>婦人科健診パッケージ料金</b>		<b>120</b>	<b>330</b>	<b>540</b>	<b>620</b>	2026年4月1日改訂

## 健康診断(人間ドック)パッケージのご案内

※全コース所要時間は 1.5～3 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。

※ピロリ菌尿素呼気検査が付くコースを受診される場合、胃薬を常用している方は検査前の 2 週間服薬を止める必要がありますので、予約時にお知らせください。

### 基本健診パック A

総合血液検査に尿検査・便検査・心電図・視力聴力検査がついた基本パッケージ。

### 日本労働安全衛生法(第 66 条)に基づく健診パック B

A コースに、胸部レントゲンを加えたパッケージ。日本の厚生労働省が法的に義務付けている内容をすべてカバーするもの。B-1 コースは肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓の病気をチェックできる腹部超音波検査が付きます。

B-2 コースは胃がんの原因となるピロリ菌をチェックできる尿素呼気検査が付きます。

### 成人ドック C

B コースに、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)、肝炎検査、エイズ検査と胃がんの原因となるピロリ菌をチェックできる尿素呼気検査を加えたパッケージ。レントゲン検査・超音波検査のないコースなので、受診日程の調整がしやすいコースです。

### 成人ドック D

C コースに、胸部レントゲン検査と肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓をチェックできる腹部超音波検査を加えたパッケージ。D-2 コースは胃がんの原因となるピロリ菌をチェックできる尿素呼気検査が付いています。

### 成人ドック E

C コースに、胸部レントゲン検査、尿沈渣検査、肺機能検査、腹部超音波検査を加えたフルパッケージ。胃がんの原因となるピロリ菌をチェックできる尿素呼気検査も付いています。日本で実施されている人間ドックに最も近い内容のものとなります。

### 婦人科健診パック W

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。上記 A～E の人間ドックパッケージとご併用ください。

### 小児科健診パック K

米国学校義務/推薦項目、及び日本の学校保健法に準じた年齢別パッケージ。

Children's Examination	小児科健診	KA (0-4歳)	KB (4-5歳)	KC (6歳以上)
診察・身体測定		■	■	■
視力・聴力検査			■	■
尿検査			■	■
貧血検査			■	■
心電図				■
	小児科健診パッケージ料金	150	250	330

※予防接種は健診時には行っていません。

2026 年 4 月 1 日改訂

## 健康診断(人間ドック)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。  
※受診コース(超音波検査のないコース)によっては、火曜日以外の診療時間内にご予約をお取りすることも可能ですのでご相談ください。
- 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。保険をお使いになる場合は保険カードの両面スキャンも添付してお申込みください。
- 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(建物裏手に駐車場完備)  
TEL: (858)560-8910 FAX: (858)560-8011 Email: [sandiego@nihonclinic.com](mailto: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。企業請求の方は、後日会社宛に請求書を郵送いたします。
- 保険請求** 原則、健康保険は適用されませんが、企業の保険契約内容によっては、一部または全額保険で適用される場合があります。あらかじめ勤務先担当者へご確認ください。
- 結果レポート** 検査日より2週間~1か月程度で、日本語によるレポートを作成し、患者様ご自宅へ郵送、またはEmailで送付いたします。英語でのレポートを希望される方は、検査当日までにお知らせください。会社への報告書の送付は、ご本人の承諾がある場合のみ行います。結果レポートに再検査・治療が必要と書かれていた場合は、お電話にてクリニックにご予約をお取りください。緊急で治療や再検査が必要な場合には、当クリニックよりお電話にてご連絡いたします。

### 健診注意事項

- 検査開始時間の12時間前より、水以外は絶飲絶食となります。**  
ただし腹部超音波検査を含むコースの方は、夜中12時以降は絶食絶飲でご来院ください。  
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。
- 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。  
**ピロリ菌検査を受診される方(B2, C, D2, Eコース)は、胃薬の服用を検査2週間前よりお控えください。**
- 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。

6. 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 週間以内に郵送して頂きますようお願い申し上げます。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頂き、便採取後にクリニックへ直接お持ち頂くようお願い致します。
7. 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 保険証カード(保険を使う場合)
  - ④ 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
8. 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。  
1 週間以内のキャンセルには 20%のキャンセル料金がかかることがありますのでご了承ください。
9. 胸部 X 線は他検査施設 Imaging Healthcare Specialists で受診いただきますようご案内しております。  
Imaging Healthcare Specialists より患者様の携帯電話に送られてくるリンク、または Imaging Healthcare Specialists のウェブサイトからアカウントを作成の上、ご予約ください。  
<https://www.imaginghealthcare.com/locations/>
- ・サンディエゴ内に 8 か所の検査場があります。
  - ・X 線検査は**受診日の 2 週間前から予約可能**です。
  - ・携帯に送られる予約リンクは 72 時間有効です。72 時間以降は、Imaging Healthcare Specialists のウェブサイト(初回は「Request An Account」からアカウントを作成)またはお電話にてご予約ください。
  - ・日本クリニックでの検査はすべて午前中で終了します。**X 線検査は当日朝のチェックイン前、または当日午後にご予約ください。**
  - ・レントゲン検査所要時間は 30 分～1 時間程度です。
  - ・Web 予約の際は、Select Billing Method = Cash pay をご選択ください。

#### 【Imaging Healthcare Specialists チェックイン時の注意事項】

- ・費用は検査会社より直接 Nihon Clinic へ請求されますので、患者様の自己負担はありません。
- ・チェックイン時に保険利用を勧められることがありますが、添付のオーダー用紙と Dr. Kim のレターをご提示のうえ、**保険は使用せず日本クリニックに請求するようお伝えください。**
- ・保険を提示された場合、患者様に直接請求書が届く可能性がありますのでご注意ください。
- ・チェックイン時に問題が生じた場合は、その場から当クリニックにご連絡ください。

※全て英文/ローマ字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:		
City:	State:	Zip code:
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)	Cell Phone
	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"/> 全額保険請求	Bill to insurance — Please attach copy of your insurance card (both side.)	
	<b>※保険証カードの両面スキャンを添付して提出してください。</b>	
<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