

天陽会 中央クリニック オプション検査一覧	
検査項目	金額(税込)
胃透視（バリウム検査）	11,000
胃内視鏡検査（胃カメラ検査）	13,500
大腸内視鏡検査（1泊2日ドック大腸検査コースに含む）	15,000
内視鏡検査鎮静剤使用料	2,000
腹部エコー検査	4,500
心エコー検査	8,800
頸動脈エコー検査	3,500
甲状腺エコー検査	3,500
乳腺エコー検査	4,000
乳房X線検査（マンモグラフィー）	4,500
乳房X線検査+乳腺エコー検査（セット料金）	7,500
胸部X線検査	1,700
腰部X線検査	2,800
頭部ヘリカルCT	13,000
胸部ヘリカルCT（1泊2日ドックに含む）	13,000
腹部ヘリカルCT検査	13,000
全身CT検査	25,000
内臓脂肪CT検査	8,000
心臓MRI検査	24,000
頭部MRI検査	16,000
骨密度検査	3,500
血圧脈波検査（動脈硬化検査/ABI検査）	2,000
血流依存性血管拡張反応(FMD検査)	2,000
冠動脈石灰化スコア(ACL/冠動脈CT検査：造影剤なし)	16,000
子宮がん検査（近医委託にて：頸部細胞診+超音波検査）	
委託先：中村（哲）産婦人科、片瀬クリニック ゆみレディースクリニック、さとみクリニック	7,000
腫瘍マーカー検査 CA125（卵巣がん）	2,500
腫瘍マーカー検査 PSA（前立腺がん）	2,500
腫瘍マーカーセット検査（1泊2日ドックに含む） CEA（胃）/CYFRA（肺） CA19-9（胆のう・膵臓）/AFP定量（肝臓）	6,000
眼底検査（両眼）	1,000
眼圧検査（両眼）	1,000
ピロリ菌抗体検査（血液検査）	2,000
ABC検診（胃がんリスク検診：血液検査）	4,000
血液型ABO・Rh（血液検査）	1,350
便潜血反応検査（大腸がん検査）	1,000
腸内細菌検査 （赤痢菌/サルモネラ菌/チフス菌/パラチフス菌/O157）	1,500

※事前申込が必要となっておりますので、当日のお申出はお断りする場合がございます。
適用期間：令和8年4月1日より

