

## 令和6年度脳ドック実施健診機関別検査項目及び健診費用一覧

\*○は、脳ドック基本検査項目です。

区分	検査項目	東北中央病院	天童市民病院	新庄徳洲会病院	三友堂病院	置賜総合病院	庄内余目病院
諸検査	1 内科（聴打診）	○		○	○		
	2 身体諸計測（身長、体重）	○	○	○	○	○	○
	3 BMI	○	○	○	○	○	○
	4 腹囲測定	○	○	○	○		○
	5 特定健診質問票			○	○		○
	6 肥満度						○
	7 聴力検査			○			
	8 食事調査・指導					○	
	9 心拍数				○	○	
脳	10 頭部MRI検査	○	○	○	○	○	○
	11 頭部MRA検査	○	○	○	○	○	○
	12 頸動脈超音波（エコー）検査	○	○	○	○	○	○
	13 甲状腺超音波検査			○			○
	14 簡易知能検査		○		○		
	15 脳神経系診察						
	16 頸部MRA検査	○			○	○	
眼科	17 視力検査			○			
	18 眼底検査			○	○		
	19 眼圧検査			○			
呼吸	20 胸部X線直接撮影			○			
循環器	21 血圧測定	○	○	○	○	○	○
	22 心電図（安静）	○	○	○	○	○	○
	23 CAVI（PWV/ABI検査）	○	○(*)	○	○	○	○(*)
消化器	24 便潜血反応			○			
	25 腹部超音波（エコー）検査			○			
血糖	26 空腹時血糖	○	○	○	○	○	○
	27 ヘモグロビンA1c	○	○	○	○	○	○
	28 インスリン精密測定	○					
代謝系	29 HDLコレステロール	○	○	○	○	○	○
	30 LDLコレステロール	○	○	○	○	○	○
	31 総コレステロール（T-CHO）		○	○	○	○	○
	32 空腹時中性脂肪（TG）	○	○	○	○	○	○
血液系	33 赤血球数	○	○	○	○	○	○
	34 血色素量（ヘモグロビン）	○	○	○	○	○	○
	35 ヘマトクリット	○	○	○	○	○	○
	36 白血球数	○	○	○	○	○	○
	37 MCV（平均赤血球容積）			○	○	○	○
	38 MCH（平均赤血球色素量）			○	○	○	○
	39 MCHC（平均赤血球色素濃度）			○	○	○	○
	40 血小板数	○	○	○	○	○	○
	41 末梢血液一般検査		○	○	○		
	42 血液像			○	○		○
	43 CRP			○	○		○
	44 血清梅毒反応（TPLA, TPHA, RPR）						○
	45 電解質測定					○	
	46 血液型判定（ABO式・Rh式）						

区分	検査項目	東北中央病院	天童市民病院	新庄徳洲会病院	三友堂病院	置賜総合病院	庄内余目病院
血液系	47 ナトリウム	○	○	○	○		○
	48 カリウム	○	○	○	○		○
	49 クロール	○		○	○		○
	50 カルシウム	○					○
	51 ペプシノーゲン (胃部腫瘍マーカー)			○			
	52 P T (プロトロンビン時間)					○	
	53 APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)					○	
腎機能	54 (血清) 尿素窒素 (BUN)	○	○	○	○	○	○
	55 (血清) クレアチニン (CRE)	○	○	○	○	○	○
	56 (血清) 尿酸	○	○	○	○	○	○
	57 糸球体濾過値 (e-GFR)		○	○	○	○	
肝機能	58 GOT (AST)	○	○	○	○	○	○
	59 GPT (ALT)	○	○	○	○	○	○
	60 γ-GTP	○	○	○	○	○	○
	61 総蛋白 (TP)	○	○	○	○	○	○
	62 A/G比			○	○	○	○
	63 総ビリルビン			○	○	○	○
	64 ALP			○	○	○	○
	65 アミラーゼ			○	○		○
	66 ALB (アルブミン)		○	○	○	○	○
	67 CHE (コリンエステラーゼ)			○	○	○	
68 LDH (乳酸脱水素酵素)			○	○	○	○	
肝炎	69 HBs抗原			○	○		○
	70 HCV抗体			○	○		○
尿検査	71 糖		○	○	○	○	○
	72 蛋白		○	○	○	○	○
	73 潜血		○	○	○	○	○
	74 pH				○	○	○
	75 沈査				○		○
	76 比重			○	○	○	○
	77 細菌染色						
	78 混濁					○	○
	79 ウロビリノーゲン		○	○	○	○	○
	80 ケトン体 (アセトン体)					○	○
	81 ビリルビン		○				○
82 認知症検査	あたまの健康チェック						○
金額 (税込)	基本検査料金	51,920円	45,830円	63,100円	46,090円	45,000円	49,500円
	自己負担額 (45歳)	11,920円	5,830円	23,100円	6,090円	5,000円	9,500円
	自己負担額 (46歳以上)	31,920円	25,830円	43,100円	26,090円	25,000円	29,500円
オプション検査項目の有無		無し	無し	有り	有り	無し	無し

- ・オプション検査項目の詳しい検査内容は健診機関にお問い合わせください。
- ・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。
- ・CAVI (PWV/ABI検査)について、天童市民病院及び庄内余目病院はPWV検査を実施していません。

令和 6 年度  
脳ドック実施健診機関別実施日一覧

健診機関名	公立学校共済組合東北中央病院
住所	山形市和合町三丁目2番5号

<料金(税込)>

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	51,920円	40,000円	11,920円
46歳以上	51,920円	20,000円	31,920円

<詳細事項>

当日受付時間	8時30分	案内書 送付時期	受診日の約2週間前に自宅へ郵送
当日受付場所	外来受付窓口		
検査時間	8時30分～11時30分	結果通知 方法	受診から約2週間～1か月後に自宅へ郵送

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

<コース日程> \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
10月	午前																																	
11月	午前	3				3								3		2					3	3		3				3	3		3			-
12月	午前			3	3		3				3	3		3												2								
1月	午前								3		2				3	3		2							2			2						
2月	午前				2			3					2		3				3				3				2	3		2		-	-	-
3月	午前				2	3		3				2																						

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

●受診する際の注意事項

- (1) 妊娠中の方、閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
- (2) 心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
- (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例) 人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
- (4) 検査の一部を省略することはできません。
- (5) 2次検査につきましては、脳神経外科がある他健診機関又は医療機関での実施を御案内いたします。
- (6) 次の方はドックではなく、かかりつけの病院で受診されることをお勧めします。

①脳動脈瘤や脳血管内手術後、②脳疾患で、脳外科や脳神経内科に通院中及び治療後、③悪性疾患の治療後や通院中

健診機関名	天童市民病院
住所	天童市駅西五丁目2番1号

## &lt;料金(税込)&gt;

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	45,830円	40,000円	5,830円
46歳以上	45,830円	20,000円	25,830円

## &lt;詳細事項&gt;

当日受付時間	13時～	案内書 送付時期	受診日の約2週間前に自宅 へ郵送
当日受付場所	総合受付		
検査時間	13時30分～15時30分	結果通知 方法	受診から約2週間～1か月 後に自宅へ郵送

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

## &lt;コース日程&gt; \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・ 午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
10月	午後	2	2						2	2						2	2					2	2						2	2			
11月	午後					2	2						2	2						2	2						2	2				—	
12月	午後			2	2						2	2					2	2							2	2							
1月	午後							2	2						2	2						2	2						2	2			
2月	午後				2	2					2								2	2							2	2			—	—	—
3月	午後				2	2						2	2																				

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

## ●受診する際の注意事項

- (1) 閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
- (2) 妊娠中の方、心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
- (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例) 人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
- (4) 検査の一部を省略することはできません。
- (5) カラーコンタクトレンズは外していただきます。外す用意をお願いいたします。(通常のコンタクトレンズは装着したままで可能です。)
- (6) 発熱や呼吸器症状、風邪症状のある方は受診することができません。
- (7) 御来院の際には、マスクを着用するとともに、必ず手指消毒を行ってくださるようお願いいたします。
- (8) 今後、新型コロナウイルス感染症に関する国・県からの指示により、脳ドックを実施することができなくなる場合がありますので、あらかじめ御了承ください。

健診機関名	医療法人徳洲会 新庄徳洲会病院
住所	新庄市大字鳥越字駒場4623

<料金(税込)>

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	63,100円	40,000円	23,100円
46歳以上	63,100円	20,000円	43,100円

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

<詳細事項>

当日受付時間	13時15分～13時30分	案内書送付時期	受診日の約2週間前に自宅へ郵送
当日受付場所	健康管理センター	結果通知方法	受診から約2週間～1か月後に自宅へ郵送
検査時間	13時45分～16時30分	オプション確認先	0233-23-3434(代) 健康管理センター脳ドック担当

<コース日程> \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
10月	午後				1							1							1							1							
11月	午後	1							1						1								1							1			-
12月	午後					1							1									1						1					
1月	午後										1						1								1								1
2月	午後							1						1								1							1		-	-	-
3月	午後							1						1									1						1				

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

●受診する際の注意事項

- (1) 妊娠中の方、閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
- (2) 心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
- (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例)人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
- (4) 胃ろうやカテーテル類、眼内レンズ・義眼、白内障・緑内障の手術後1～2か月経過していない方は、主治医の許可が必要です。
- (5) 入れ墨やタトゥーがある方は受診できません。
- (6) 省略不可の検査は受けていただきます。半年以内で検診を済ませ結果が判明された検査などの省略希望があれば、事前に御連絡をいただくと円滑に進めることができます。また、なるべく定期健康診断の受診日の約6か月前後に予約していただければ幸いです。
- (7) 2次検査につきましては、他医療機関での実施を御案内いたします。

別紙2-4

健診機関名	一般財団法人三友堂病院
住所	米沢市福田町2-1-55

<料金(税込)>

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	46,090円	40,000円	6,090円
46歳以上	46,090円	20,000円	26,090円

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

<詳細事項>

当日受付時間	8時30分～9時	結果通知方法	受診から約2週間～1か月後に自宅へ郵送 又は 2週間後に医師による結果説明後結果お渡し
当日受付場所	1階健康管理センター		
検査時間	8時30分～		
案内書送付時期	受診日の約2週間前に自宅へ郵送	オプション確認先	0238-24-3710 健康管理センター

<コース日程> \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10月	午前～		1		1												1		1				1		1	1			1		1	1
11月	午前～								1				1							1	1	1	1				1	1	1	1		
12月	午前～						1						1							1	1					1						
1月	午前～								1		1					1	1					1						1				
2月	午前～			1				1						1				1		1		1						1			-	-
3月	午前～			1	1						1		1		1			1		1		1										

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

- 受診する際の注意事項
- (1) 妊娠中の方、閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
  - (2) 心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
  - (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例) 人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
  - (4) 脳疾患の治療歴がある方や閉所恐怖症の方は御相談ください。
  - (5) 2次検査につきましては、他医療機関での実施を御案内いたします。
  - (6) 追加オプションは受診日決定後に各自でお申し込みください。

別紙2-5

健診機関名	公立置賜総合病院
住所	川西町大字西大塚2000番地

<料金(税込)>

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	45,000円	40,000円	5,000円
46歳以上	45,000円	20,000円	25,000円

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

<詳細事項>

当日受付時間	7時45分～8時	案内書 送付時期	受診日の約1か月前に自宅 へ郵送
当日受付場所	中央医事カウンター1番		
検査時間	8時10分～12時	結果通知 方法	受診から約2週間～1か月 後に自宅へ郵送

<コース日程> \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・ 午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10月	午前	2		2				2		2						2		2				2		2				2		2		2
11月	午前					2		2				2		2						2		2					2		2			—
12月	午前			2		2				2		2						2		2												
1月	午前							2		2					2		2					2		2					2		2	
2月	午前				2		2						2						2		2					2		2		—	—	—
3月	午前				2		2					2		2					2							2		2				

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

●受診する際の注意事項

- (1) 妊娠中の方、閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
- (2) 心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
- (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例) 人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
- (4) 検査の一部を省略することはできません。
- (5) 血液検査の結果に影響しますので朝食はとらずにおいでください。
- (6) 常用されているお薬は普段通り服用してきてください。
- (7) 脱ぎ着しやすい服装でおいでください。
- (8) 検査に支障がありますので、貴金属・カラーコンタクトの装着及びアイシャドウ・マスカラ等はせずにおいでください。



健診機関名	医療法人徳洲会 庄内余目病院
住所	庄内町松陽1丁目1番1号

<料金(税込)>

区分	基本検査料金	互助会助成額	自己負担額
45歳	49,500円	40,000円	9,500円
46歳以上	49,500円	20,000円	29,500円

・検査料金は現時点での予定です。消費税率改定等により、変更になる場合がございます。

<詳細事項>

当日受付時間	13時30分～13時45分	案内書送付時期	受診日の約2週間前に自宅へ郵送
当日受付場所	1階医事課受付 →1階健康管理センター		結果通知方法
検査時間	14時～16時		

<コース日程> \*実施日=実施人数が記入されている日 \*塗りつぶし=土日、祝日

	午前・午後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10月	午後		3					2		3						2					3		3						3		3	
11月	午後						3				2		3					3		3				3		3		2				—
12月	午後		3		2					3		2				3		3					3		3							
1月	午後							3							3					2		3					3		2			
2月	午後			3		2					3		2					2		3							3			—	—	—
3月	午後			3		2					2		3					3		2					2		3					

※10月及び11月の実施日は特に希望が集中することが予想され、御希望に添えない場合がありますのであらかじめ御了承ください。

●受診する際の注意事項

- (1) 妊娠中の方、閉所恐怖症の方は受診が難しい場合があります。
- (2) 心臓ペースメーカーが入っている方は、受診できません。
- (3) 以下のものが体内に入っている方は受診できない場合がありますので、その治療を行った医師にMRIが可能かどうかを事前に御相談ください。  
(例) 人工動脈瘤(止血)クリップ、人工関節、血管内ステント、人工内耳、人工肛門のクリップ、インプラント(歯科・整形外科)等、その他の磁性物質
- (4) 検査の一部を省略することはできません。
- (5) 体内金属等がある場合、受診者様の安全の為にMRI検査情報提供書の提出をお願いしております。御協力をお願いいたします。