

人間ドックのご案内

Comprehensive Physical Examination Guide

年に一度、自分の健康と向き合う時間を。

倉岡クリニックの人間ドックは、日米の最先端医療を取り入れた総合健康診断です。
全て日本語でご対応しておりますので、アメリカ在住の方も安心してご受診いただけます。

日米最先端医療

日本とアメリカの最先端の医療技術・機器を取り入れた精度の高い健康診断を提供しています。

全て日本語対応

ご予約から検査・結果説明まで、すべて日本語でご対応いたします。安心してお任せください。

午前中に完了

基本的にすべてのパッケージは午前中のみで終了します。お忙しい方にも最適です。

⚠️ 注意事項

- 前日の夜 10 時以降は飲食しないでください。
- ドック当日は、毎日服用されているお薬を検査が終わるまでお飲みにならないでください。
- 妊娠されている方はその旨をお伝えください。

📅 当日の流れ

- ① 受付
クリニックフロントにて受付をお済ませください。
- ② 採尿
採尿をしていただきます。
- ③ お着替え
更衣室にてお着替えいただきます。
- ④ 待機
ドック専用待合室にてお待ちください。順番に係の者がお呼びに参ります。
- ⑤ 各種検査
下記の検査を実施します。基本的にすべてのパッケージは午前中のみで終了します。

🏥 実施可能な検査

胃のバリウム検査

腹部超音波

子宮卵巢超音波

乳房超音波

レントゲン等

※ 婦人科検診のマモグラムは提携の別医療機関にてお受けいただきます。ご予約は当院で承りますが、お支払いはパッケージに含まれておりません。受診の際は必ず保険証をご持参ください。

📄 検査結果

- 人間ドックの検査結果は、ご希望の送付先に郵送いたします。
- 再検査が必要な方は、後日外来のご予約をお取りください。
- 検査結果は 1 部のみ料金に含まれております。2 部以上必要な方は追加料金が必要となります。

💬 お問い合わせ

人間ドックに関するご質問やお申し込みは、お電話またはメールにてお気軽にお問い合わせください。

人間ドック検査項目表

成人検診パッケージ

成人検査項目	A	B	C	D	E	単価料金
医師の問診	★	★	★	★	★	
体重・身長・血圧・体脂肪測定	★	★	★	★	★	
視力・聴力検査	★	★	★	★	★	
血液検査*	★	★	★	★	★	
尿検査	★	★	★	★	★	
潜血便検査	★	★	★	★	★	
心電図		★	★	★	★	
胸部X線		★	★	★	★	
胃透視バリウム検査			★	★	★	450
腹部超音波 (肝・胆・膵・腎・脾・大動脈など)				★	★	450
頸動脈超音波						600
甲状腺超音波						350
下肢超音波とカラードプラー						700
肺活量検査 (喫煙者推奨)					★	90
寄生虫便検査						70
尿沈検査					★	60
ヘリコバクターピロリ菌					★	300
ウィルス肝炎抗体 (A・B・C型)					★	400
CEA・AFP・PSA (男性がんマーカー)					★	350
CEA・AFP・CA125 (女性がんマーカー)					★	350
PSA (前立腺がんマーカー) 40歳以上						100
血清鉄						62
Galleri(ガレリ)がん検査**						949
パッケージ料金	530	680	990	1430	2140	

人間ドック価格は2026年4月1日より改正しました。価格は予告なしに変更になることがありますので、ご了承ください。

*血液検査には血算、血糖値、コレステロール、電解質、腎・肝・胆機能、尿酸、グリコヘモグロビン、蛋白質、甲状腺、CRPが含まれます。

** Galleri (ガレリ) がん検査

- ・1回の採血で50種類以上のがんの可能性を調べる
- ・血液中のがん由来DNAを解析し、がんの有無と発生部位の可能性を推定
- ・従来の検診では見つけにくい膵臓・胆道・卵巣などのがんも対象

人間ドック検査項目表

婦人科検診パッケージ

婦人科検診	W1	W2	W3	W4	単価料金
子宮頸がん検査	★	★	★	★	120
乳房超音波* (マモグラム**)		★	★	★	260
子宮卵巣超音波			★	★	420
女性ホルモン				★	270
パッケージ料金	120	340	680	860	

上記の婦人科検診パッケージ料金は成人検診のいずれかのパッケージと併用された際の料金です。

*W2・W3・W4 を選択された方は、乳房超音波による乳がん検診となります。

(通常40歳未満の方には、乳房超音波をお勧めしております。)

**マモグラムをご希望の方は、別の機関で受けていただきます。ご予約は当院で承りますが、お支払いに関しましては、パッケージには含まれておりませんので必ず保険証をご予約のある医療機関にご提示ください。

小児科健康診断パッケージ

小児科検診	K1	K2	K3	K4	K5
	(0~3才)	(4~6才)	(7~8才)	(9~11才)	(12~17才)
医師の問診	★	★	★	★	★
身体測定 (体重・身長・血圧)	★	★	★	★	★
視力検査		★	★	★	★
聴力検査		★	★	★	★
尿検査		★	★	★	★
寄生虫卵便検査*			★		
血液算定				★	★
血液生化学検査					★
心電図			★	★	★
パッケージ料金	160	250	350	350	400

*寄生虫卵便検査キットをご受診前に郵送いたしますので、採取の上当日ご持参ください。



倉岡クリニック人間ドック申込書

Physical Exam Application Form
< 受診者情報/ Applicant's Info >

NAME (名前) First (名) Last (姓)		DOB (生年月日)		SEX (性別) □ M □ F
HOME ADDRESS (自宅住所)		APT.NO.	CITY (市)	STATE (州) ZIP (郵便番号)
HOME PHONE (自宅)	CELL PHONE (携帯)	WORK PHONE (勤務先)		INSURANCE (保険会社名)*必須
EMPLOYER (会社名)		EMAIL ADDRESS (Eメールアドレス)		
EMPLOYER'S ADDRESS (勤務先)		CITY (市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)

1ST REQUEST (第1希望日)	希望開始時間: (曜日)	2ND REQUEST (第2希望日)	希望開始時間: (曜日)	Physical Package (ご希望パッケージ)
------------------------	------------------	------------------------	------------------	--------------------------------

< 同日受診ご希望のご家族の方/ Any family member(s) who requests a physical exam on the same day >

NAME (名前) First (名) Last (姓)	CELL PHONE (携帯)*未成年記入不要 () -	SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	Package (パッケージ)
NAME (名前) First (名) Last (姓)		SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	Package (パッケージ)
NAME (名前) First (名) Last (姓)		SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	Package (パッケージ)
NAME (名前) First (名) Last (姓)		SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	Package (パッケージ)

*受診日時点の年齢をご記入ください。

< ご請求先/Billing info >

- 自己負担/Self-pay (当日払い)
- 会社負担/Employer

*会社負担の方は、右記の情報を必ずご記入ください。

EMPLOYER NAME (会社名):
BILLING ADDRESS (住所):
ATTN TO (担当者名):
EMAIL ADDRESS (担当者Eメールアドレス):

- その他/Other ()

< 追加検査のご請求先/Billing info for add-on > *上記希望検査パッケージ項目以外の検査が追加で行われた場合

- 自己負担/Self-pay
- 会社負担/Employer
- 保険/Ins (保険会社名/Ins:) *保険証提出必須。ご加入の保険内容により自己負担が発生する事がございます。

< 人間ドック結果送付先/Physical report mailing address > (2nd physical report can be provided with a charge of \$15)

- ご本人(ご家族の代表者)様・上記ご自宅住所宛て Mail to Applicant (or Family Representative) at home address above
- ご本人(ご家族の代表者)様・上記ご勤務先宛て Mail to Applicant (or Family Representative) at work address above
- ご勤務先担当者様 (Attn:)・上記勤務先宛て Mail to Third Party at work address above
- その他/Others ()

*送付先は2つ以上選択可能ですが、報告書2セット目から1セットにつき15ドルの手数料を頂きます。ご了承ください。

*ご本人様以外への送付をご希望の場合は、本申込書をもって送付に関する同意をいただいたものとさせていただきます。

If you have selected 'Mail to Third Party' above, this application serves as your consent to release your physical report to that party.

< Preferred Language for Report / 結果報告書の希望言語 >

結果報告書は日本語でのご提供が基本となります。英語での報告書をご希望の場合は、以下にチェックを入れてください。

Reports are provided in Japanese by default. Please check the box below only if you would like to receive your report in English instead.

- Yes, I would like to receive the report in English instead of Japanese.

For staff use only/ 院内記入欄

Received:	WRS:	WRS:	Hemo:	Pharm:	Y	N
Emailed:	WRS:	WRS:	O/P:	INS:		
Previous:						