

リニューアル

# 新町クリニック 2025年度 生活習慣病健診と 人間ドックのお知らせ

## 青梅法人会 会員様向け 特別プラン

日帰り  
人間ドック  
¥37,400  
(税込)

生活習慣病  
Aコース  
¥12,100  
(税込)

生活習慣病  
Bコース  
¥25,300  
(税込)

- ① 2025年より、**生活A・Bコースの対象期間は  
2025年6月2日～12月25日受診に変更となりました。**
- ② **生活A・Bの各コースは特別プランの為、お支払いはオプション検査を含めて  
全て御請求書発行対応となります。  
但し、人間ドックのみ当日窓口払いが可能です。ご希望の方は、ご予約時に  
お申し出ください。**

【有効期限:2026年3月末日】

ご予約はこちらから

TEL 0428-31-5312／FAX 0428-31-1777  
E-mail [yoyaku@shinmachi-cl.com](mailto:yoyaku@shinmachi-cl.com)



月～金 9:00～12:00／13:00～16:00  
土曜日 9:00～12:00  
日曜・祝日はお休みです



【2025年度 青梅法人会 会員様特別プラン】 生活習慣病健診（期間限定：6月2日～12月25日受診）／人間ドック（通年）  
～生活習慣病健診は検査項目と金額、人間ドックは金額をリニューアルしています～

健康診断コース		生活A(期間限定)	生活B(期間限定)	人間ドック(通年)
検査項目 / 価格（税込）		¥12,100	¥25,300	¥37,400
問診・診察・一般計測	問診、診察、身長、体重(肥満度・BMI・標準体重)、腹囲、血圧、視力	●	●	●
	体脂肪率			●
聴力検査	オージオメータ(簡易 1,000Hz・4,000Hz)	●	●	●
	糖、蛋白、潜血	●	●	●
尿検査	ウロビリノーゲン、沈渣、ビリルビン、pH、比重、ケトン体			●
	X線デジタル撮影	●	●	●
呼吸器検査	精密肺機能検査			●
				●
心電図検査	12誘導	●	●	●
	精密眼底カメラ(両眼)			●
眼底検査	眼圧検査(両眼)			●
				●
便検査	潜血反応(2回法)		●	●
	AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)、ALP	●	●	●
生化学検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、総コレステロール	●	●	●
	尿酸、クレアチニン、eGFR、	●	●	●
	空腹時血糖、HbA1c	●	●	●
	総蛋白、A/G比、LDH、総ビリルビン、アルブミン、non-HDLコレステロール、尿素窒素、血清アミラーゼ			●
肝炎検査	HBs抗原、HCV抗体			●
血液学検査	赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、白血球数、血小板数、MCV、MCH、MCHC	●	●	●
	白血球像			●
炎症反応検査	CRP、RF、ASO、血沈			●
血清反応検査	RPR法、TPHA法			●
腫瘍マーカー	PSA(男性のみ)			●
消化器検査	腹部超音波検査			●
	胃部レントゲン(バリウム)デジタル撮影		●	●

オプション検査		検査内容	価格（税込）
①	生活B 胃内視鏡検査への変更(経鼻)	胃部レントゲン(バリウム)から経鼻カメラ(鼻から挿入)に変更	¥8,800
②	生活B 胃内視鏡検査への変更(経口)	胃部レントゲン(バリウム)から経口カメラ(口から挿入)に変更	¥8,800
③	人間ドック 胃内視鏡検査への変更(経鼻)	胃部レントゲン(バリウム)から経鼻カメラ(鼻から挿入)に変更	¥4,400
④	人間ドック 胃内視鏡検査への変更(経口)	胃部レントゲン(バリウム)から経口カメラ(口から挿入)に変更	¥4,400
⑤	腹部超音波検査	腹部に超音波を当て、肝臓・胆嚢・脾臓・脾臓・腎臓などの病変を調べる検査	¥7,700
⑥	乳がん検診 マンモグラフィ	小さなしこりや早期乳がんのサインとなることもある石灰化を写し出すことが出来る検査	¥5,280
⑦	乳がん検診 乳腺エコー	乳腺の中のしこりを写し出すのに優れており、乳腺密度の高い高濃度乳房の方に適している検査	¥5,280
⑧	子宮がん検診(頸部細胞診、内診・超音波)	子宮頸がんとその前がん状態の有無、卵巣のおでき(卵巣囊腫・卵巣がん)や子宮筋腫の有無を調べる検査	¥6,600

上記のオプション検査は事前のご予約が必要です。お申込書のオプション検査欄に番号をご記入ください。

その他、多彩なオプション検査を取り揃えています。詳しくは新町クリニックホームページでご確認ください。

⇒ <https://www.shinmachi-cl.com>

新町クリニック 予約係 行き ( E-mail : [oyaku@shinmachi-cl.com](mailto:oyaku@shinmachi-cl.com) または FAX : 0428-31-1777 )

お申込書

法人名 :

電話 :

FAX:

所在地 :

担当者名 :

フリガナ 漢字氏名	性別	生年月日	コース	オプション検査 番号をご記入ください	受診希望日
	男	昭和	生活A ／ 生活B		① 月 日 ( )
	女	平成	人間ドック		② 月 日 ( )
	男	昭和	生活A ／ 生活B		① 月 日 ( )
	女	平成	人間ドック		② 月 日 ( )
	男	昭和	生活A ／ 生活B		① 月 日 ( )
	女	平成	人間ドック		② 月 日 ( )
	男	昭和	生活A ／ 生活B		① 月 日 ( )
	女	平成	人間ドック		② 月 日 ( )