

当院では全8種類の健康診断および人間ドックをお得なパック料金でご用意しております。A~Kよりご希望のパッケージをお申し込みください。なお、別途追加検査をご希望の場合は、申し込み時にお申し出ください。

各種健診パック

A 基本健診パック

一般的な全身状態をチェックする基本パッケージ

B 日本労働安全衛生法(第66条)に基づく健診パック

日本の厚生労働省が従業員の定期健康診断として法的に義務づけている内容を全てカバーしています

C 生活習慣病健診パック 1

Bパック+日本人に多い胃の病気をチェックする消化器系X線、内視鏡検査を加えたパッケージ

D 生活習慣病健診パック 2

Cパック+ウイルス性肝炎検査、エイズ検査、癌診断のスクリーニング検査を加えたパッケージ

E 人間ドック 1

Dパック+糖尿病スクリーニング検査(A1c,Gtt)を加えたパッケージ

F 人間ドック 2

Eパック+甲状腺超音波検査、骨密度検査を加えたパッケージ

K 小児科健診パック

米国学校義務項目、推薦項目及び日本の学校保険法に準じた健診パッケージ

W 婦人科検診パック

上記の健診パックと併せてご利用ください(以下は目安となります)

※乳房X線検査はスクリーニング検査の為、再検査の目的では受診できません

子宮頸癌検診	成人女性対象
乳房X線	40歳以上の女性推奨(外部検査機関を受診して頂きます)
乳房超音波	成人女性対象
下腹部超音波	成人女性対象
骨密度測定	成人女性対象
女性ホルモン	更年期前後の女性推奨

追加検査項目のお知らせ

- PSA検査(前立腺癌腫瘍マーカー):50歳以上の男性は必須項目となります。
※A、B、Cパックの方は追加検査項目となるため、別途、\$30の追加料金が発生します。
- HPV検査(ヒトパピローマウイルス):30歳以上の女性で当院で初めて子宮頸細胞診をご受診される方、またその後は5年ごとに必須項目となります。その他、検査結果によってはご受診が必要な場合もございます。
※婦人科健診のパック料金プラス\$65の追加料金が発生します。
- 肺活量テスト、喀痰検査(肺癌):喫煙者の方に受診をお勧めしております。
- ビタミンD欠乏症の検査:性別・年齢を問わず、ご受診が可能です。

定期健康診断 受診のご案内

- 予約方法 : ご希望日の2~3週間前までに、電話、E-mailまたはインターネット(www.nihonclinic.com)にてご予約ください。土曜日は大変混み合いますので、お早目にご予約をお取りください。
- 申し込み先 : 日本クリニック 担当者:Prevost, Emiko(プリボスト エミコ)
2010 S. ARLINGTON HTS RD #101 ARLINGTON HTS IL 60005
TEL: (847) 952-8910 E-MAIL: eprevost@nihonclinic.com
- 受診日 : 毎週月、水、金 または、土曜日(健康診断実施日は、日程表をご参照ください)
※胃内視鏡検査は別紙を参照してください。
- 検査受付時間 : 月・水・金曜日は午前8時受付 土曜日は午前7時30分受付
- 検査所要時間 : 3~4 時間
- 検査項目・費用 : 別紙の「健康診断検査項目表」を参照してください。
- 支払方法 : 健診終了後、受付にて現金、小切手またはクレジットカード(VISA、MASTERCARD)のいずれかの方法でお支払いください。企業一括支払いの方は、後日、会社宛に請求書を郵送致します。この場合、申込書の所定欄に 支払い責任者のお名前と署名 を必ずご記入ください。
- 保険請求 : 原則、健康保険は適用されませんが、一部アメリカの保険で適用される場合があります。
保険請求される場合、保険請求書は「健康診断受診」として請求致します。
- 検査結果表 : 日英どちらかの報告書を作成し、原則ご本人へお送りいたします。会社、会社診療所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。検査結果より精密検査、治療が必要と思われる方は、主治医が引き続き日本語でご相談に応じます。
- 結果報告 : 検査結果がお手元に届くまで、2~3 週間お待ち頂いております。なお、緊急で再検査や治療が必要な場合は、当院より電話にてご連絡いたします。

<注意事項>

- ・ ご予約時間の 12 時間前より 水以外は絶飲食 となります。ただし、胃透視(バリウム)検査及び 腹部超音波検査を含む方は、水を含めて完全絶飲食となります。
- ・ 完全予約制のため、予約時間は必ずお守り下さい。なお、ご都合により日時・内容の変更をご希望される場合は、お早めにご連絡下さい。(乳房レントゲン検査は外部医療機関での受診となりますので、予約後のキャンセルはご遠慮下さい。)
- ・ 前日は十分な睡眠をとり、アルコールは控えるようにしてください。当日は検査が全て終了するまで禁煙となります。
- ・ 治療のため服薬中の方、糖尿病で食事管理をされている方は、事前にお申し出ください。
- ・ 当日は下記のものをご持参ください。
 - 1) 身分証明書(運転免許証またはパスポート)
 - 2) 保険証(保険請求される方のみ)
 - 3) 眼鏡(該当者のみ)
- ・ 乳房レントゲン検査を受診される方は、パウダー、デオドラントの使用をご遠慮下さい。女性で生理日にあたる方は、当日は尿検査および婦人科の検査ができません。また、妊婦、または妊娠している可能性のある方は、必ずお申し出ください。

日本クリニック 健康診断検査項目表

【胃X線バリウムコース】

※2020年4月20日現在

EXAMINATION		検査項目	基本		労安			成人ドック														
			A	B	B1	C	C1	D	D1	E	F											
1	Complete Physical Examination	問診・診察・保健指導	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
	Vision Test	視力	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
	Body Measurement・BP	身体計測・血圧	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
2	Plethysmography	体脂肪計測	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
3	Blood Type(ABO,RH)	血液型 (ABO, RH)																				
4	Comprehensive Screen Profile	総合血液検査																				
	・ Complete Blood Count, Iron	・血球算定, 鉄分(貧血)																				
	・ Glucose	・血糖(糖尿病)																				
	・ Electrolyte-Na,K,Cl,Ca,Phos	・電解質																				
	・ Kidney-BUN,Creatinine	・腎機能																				
	・ Gallbladder-T-Bil,D-Bil	・胆嚢																				
	・ Uric Acid	・尿酸(痛風)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
	・ Liver-TP,Albumin,Globulin, ALP, γ-GTP, GOT, GPT, LDH	・肝機能																				
	・ Cholesterol,TG,HDL,LDL	・血中脂肪分析(高脂血症)																				
	・ Thyroid-TSH	・甲状腺機能																				
・ Syphilis	・梅毒検査/ワッセルマン																					
5	Amylase/Pancreas	アミラーゼ(膵臓)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
6	CRP	C反応性蛋白(炎症性疾患)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
7	Rheumatoid Factor	リウマチ反応	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
8	Urinalysis	尿検査	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
9	Stool Hemocult	便潜血検査(1回分)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
10	Chest X-Ray	胸部X線		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
11	Upper Gastrointestinal X-Ray	食道・胃・十二指腸X線				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
12	E.K.G.	心電図		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
13	Audiometry	聴力検査		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
14	Spirometry	肺機能検査 -喫煙者推薦												■	■							
15	Sputum Cytology	喀痰細胞診 -喫煙者推薦													■							
16	Ova and Parasite	寄生虫卵便検査												■	■							
17	Hepatitis A,B,C	A, B, C型肝炎ウイルス抗体									■	■	■	■	■							
18	AIDS /HIV	エイズ検査									■	■	■	■	■							
19	CEA, AFP, PSA (male)	超微量癌反応物質(男性)									■	■	■	■	■							
20	CEA, AFP, CA125 (female)	〃 (女性)									■	■	■	■	■							
22	HbA1c	ヘモグロビンA1c(糖尿病)												■	■							
23	Glucose Tolerance 2 HR	糖負荷試験2時間(糖尿病)												■	■							
25	U/S-Abdominal, Kidney	超音波/肝・胆・膵・腎・脾					■			■				■	■							
26	U/S-Thyroid	超音波/甲状腺													■							
27	Bone Density	骨密度測定													■							
28	Vitamin D	ビタミンD欠乏症検査													■							
パック料金 (\$)			480	620	900	910	1150	1290	1570	1820	2080											
Women's Examination 婦人科健診			W1		W2				W3				W4									
			A	B	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
31	Pap Smear	子宮頸細胞診・内診	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
32	Mammogram	乳房X線検査(両乳房)			■	■			■	■			■	■	■	■				■	■	
33	Ultrasound/Breast	乳房超音波					■	■	■			■	■	■			■	■	■	■	■	
34	Ultrasound/Pelvic	子宮・卵巣超音波							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
27	Bone Density	骨密度測定		■		■		■		■		■		■		■		■		■	■	
35	Post Menopausal	女性ホルモン検査														■	■	■	■	■	■	
婦人科健診パック (\$)			100	140	335	380	285	330	490	530	565	610	515	565	720	760	715	755	665	705	860	900

- ❖ HPV検査は、別途\$65の追加料金が必要です。
- ❖ 受診料金及び検査項目については、予告なく変更となる場合があります。

日本クリニック 健康診断検査項目表

【胃内視鏡コース】

※2020年4月20日現在

EXAMINATION	検査項目	基本	成人ドック						
		A	C	C1	D	D1	E	F	
1	Complete Physical Examination	問診・診察・保健指導	■	■	■	■	■	■	■
	Vision Test	視力	■	■	■	■	■	■	■
	Body Measurement・BP	身体計測・血圧	■	■	■	■	■	■	■
2	Plethysmography	体脂肪計測	■	■	■	■	■	■	■
3	Blood Type(ABO,RH)	血液型 (ABO, RH)							
4	Comprehensive Screen Profile	総合血液検査							
	・ Complete Blood Count, Iron	・血球算定, 鉄分(貧血)							
	・ Glucose	・血糖(糖尿病)							
	・ Electrolyte-Na,K,Cl,Ca,Phos	・電解質							
	・ Kidney-BUN,Creatinine	・腎機能							
	・ Gallbladder-T-Bil,D-Bil	・胆嚢							
	・ Uric Acid	・尿酸(痛風)	■	■	■	■	■	■	■
	・ Liver-TP,Albumin,Globulin, ALP, γ-GTP, GOT, GPT, LDH	・肝機能							
	・ Cholesterol,TG,HDL,LDL	・血中脂肪分析(高脂血症)							
	・ Thyroid-TSH	・甲状腺機能							
・ Syphilis	・梅毒検査/ワッセルマン								
5	Amylase/Pancreas	アミラーゼ(膵臓)	■	■	■	■	■	■	■
6	CRP	C反応性蛋白(炎症性疾患)	■	■	■	■	■	■	■
7	Rheumatoid Factor	リウマチ反応	■	■	■	■	■	■	■
8	Urinalysis	尿検査	■	■	■	■	■	■	■
9	Stool Hemocult	便潜血検査(1回分)	■	■	■	■	■	■	■
10	Chest X-Ray	胸部X線		■	■	■	■	■	■
12	E.K.G.	心電図		■	■	■	■	■	■
13	Audiometry	聴力検査		■	■	■	■	■	■
14	Spirometry	肺機能検査 -喫煙者推薦						■	■
15	Sputum Cytology	喀痰細胞診 -喫煙者推薦							
16	Ova and Parasite	寄生虫卵便検査						■	■
17	Hepatitis A,B,C	A, B, C型肝炎ウイルス抗体				■	■	■	■
18	AIDS /HIV	エイズ検査				■	■	■	■
19	CEA, AFP, PSA (male)	超微量癌反応物質(男性)				■	■	■	■
20	CEA, AFP, CA125 (female)	〃 (女性)				■	■	■	■
22	HbA1c	ヘモグロビンA1c(糖尿病)						■	■
23	Glucose Tolerance 2 HR	糖負荷試験2時間(糖尿病)						■	■
25	U/S-Abdominal, Kidney	超音波/肝・胆・膵・腎・脾			■		■	■	■
26	U/S-Thyroid	超音波/甲状腺						■	■
27	Bone Density	骨密度測定							■
28	Vitamin D	ビタミンD欠乏症検査							
	Gastroscopy	胃内視鏡検査(経鼻・経口)	■	■	■	■	■	■	■
パック料金 (胃内視鏡料\$550込み)			\$1,030	\$1,230	\$1,470	\$1,610	\$1,890	\$2,140	\$2,400

◆ 【胃内視鏡検査コース】は、2回に分けて検査を行うコースです。(2回の来院必要)

1回目: 胃内視鏡検査以外の検査を行います。

2回目: 胃内視鏡検査を行います。

※ 胃内視鏡検査は、火曜日・木曜日の午前中のみ行います。

◆ 【料金】胃内視鏡検査(経鼻・経口)

*必要時、生検(粘膜の一部を採取して組織検査を行うこと)は行いますが治療行為(ポリープ切除術等)は行いません。

*生検は一検体につき\$95追加となります。

❖ 受診料金及び検査項目については、予告なく変更となる場合があります。

❖ 婦人科健診については、別紙をご参照ください。

小児定期健康診断のご案内

日本クリニックでは、お子様を対象とした健康診断を実施しています。

◆小児定期健康診断 実施要領◆

申し込み方法 : 電話、Emailまたはインターネット(www.nihonclinic.com)にてご予約下さい。
土曜日は大変混み合いますので、お早目にご予約をお取りください。

健診前の注意事項 : 血液生化学検査を受けられるお子様のみ(KEパック受診者 12才以上)、健診の12時間前より水以外は、絶飲食となります。

医科 検査項目	(通常料金)	小児健診パック				
		KA	KB	KC	KD	KE
		0~3歳	4~5歳	6~8歳	9~11歳	12~17
K-1 診療・身体測定	(\$150~210)	●	●	●	●	●
K-2 視力・色神			●	●	●	●
K-3 聴力検査	(\$ 80)		●	●	●	●
K-4 尿検査	(\$ 22)		●	●	●	●
K-5 寄生虫卵便検査(小1~3)	(\$ 135)			●		
K-6 血液算定	(\$ 45)				●	
K-7 血液生化学検査・算定	(\$ 410)					●
K-8 血液型(ABO/RH)(希望者)	(\$ 65)					
K-9 心電図検査	(\$ 95)			●	●	●
K-10 胸部X線	(\$ 140)					
日本クリニック小児健診パック特別料金		\$160	\$210	\$290	\$300	\$430

◆注意事項◆

・米国の現地学校に入学する為に必要な書類は、この健康診断では作成できません。
書類が必要な場合は、かかりつけの小児科医を受診してください。

詳しくはお電話にてお問い合わせください。(電話:847-952-8910)

※アルファベット(英語)でご記入ください※

DATE:

Company Name:			
Address:			
Manager Name:	Phone:	(Extention:)	Fax:
Insurance Co.:	Policy#:	Group#:	
Address:			
お支払い (Payment Information): 該当項目にX印をおつけ下さい。			
<input type="checkbox"/> 個人支払い <input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 保険請求 <input type="checkbox"/> 保険請求後に会社請求			
⇒『会社請求』にチェックされた方 ※会社宛に請求書をお送り致します。支払い責任者のお名前とサインを必ずご記入下さい。			
担当者の名前:		サイン:	
※会社指定項目がある場合、下記に健診パック及び追加検査項目をご記入下さい。			
男性 Male:			
女性 Female:			
子供 Child:			

1	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

2	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

3	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

4	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

5	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

6	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

7	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

8	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

9	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time:

10	(Last Name) (First Name) Sex: Date of Birth: (mm / dd / yyyy)
	Name: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / / SSN #:
	Address: City: State: Zip:
	Email: Home Phone: Cell Phone:
	Package: 第1希望/ 1st Choice 第2希望/ 2nd Choice 健診パッケージ Date: Time: Date: Time: