

# NIHON CLINIC PHYSICAL EXAM PACKAGES



EXAMINATION		PACKAGES									
		A	B	B1	C	C1	D	D1	E	F	
1	Complete Physical Examination	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Vision Test	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Body Measurement - BP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
2	Plethysmography	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
3	Blood Type(ABO,RH)										
4	Comprehensive Screen Profile										
	- Complete Blood Count, Iron										
	- Glucose										
	- Electrolyte-Na,K,Cl,Ca,Phos										
	- Kidney-BUN,Creatinine										
	- Gallbladder-T-Bil,D-Bil	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	- Uric Acid										
	- Liver-TP,Albumin,Globulin, ALP, γ-GTP, GOT, GPT, LDH										
	- Cholesterol,TG,HDL,LDL										
	- Thyroid-TSH										
- Syphilis											
5	Amylase/Pancreas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6	CRP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
7	Rheumatoid Factor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
8	Urinalysis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
9	Stool Hemocult	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
10	Chest X-Ray		■	■	■	■	■	■	■	■	
11	Upper Gastrointestinal X-Ray				■	■	■	■	■	■	
12	E.K.G.		■	■	■	■	■	■	■	■	
13	Audiometry		■	■	■	■	■	■	■	■	
14	Spirometry							■	■		
15	Sputum Cytology										
16	Ova and Parasite										
17	Hepatitis A,B,C						■	■	■	■	
18	AIDS /HIV						■	■	■	■	
19	CEA, AFP, PSA (male)						■	■	■	■	
20	CEA, AFP, CA125 (female)						■	■	■	■	
22	HgbA1c								■	■	
23	Glucose Tolerance 2 HR								■	■	
25	U/S-Abdominal, Kidney			■		■		■	■	■	
26	U/S-Thyroid									■	
27	Bone Density									■	
28	Vitamin D										
PACKAGE FEE (\$)		500	650	940	950	1200	1350	1640	1900	2180	
Women's Examination		W1	W2			W3			W4		
		A	A	C	E	A	C	E	A	C	E
31	Pap Smear	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
32	Mammogram	■		■	■		■	■		■	■
33	Ultrasound/Breast		■	■		■	■		■	■	
34	Ultrasound/Pelvic				■	■	■	■	■	■	■
35	Post Menopausal							■	■	■	■
PACKAGE FEE (\$)		175	420	370	585	660	610	825	820	770	975

\* \$20 fee will be charged when you request medical records/ forms to be signed by our doctors.

\*Package rates are applicable for cash payment only.