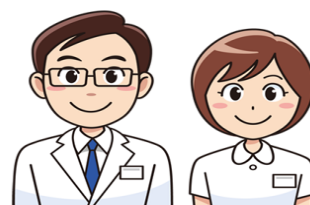


NIHON CLINIC PHYSICAL EXAM PACKAGES



EXAMINATION		PACKAGES						 			
		A	B	B1	C	C1	D			D1	E
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 (Barium Swallow)				■	■	■	■	■	■	
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	1400	1550	1840	2100	2380	
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.

7/1/2025