

＝脳ドック検査料・検査項目等比較表＝

(令和7年4月現在)

病 院 名		市 立 函 館 病 院	函 館 中 央 病 院	函 館 市 医 師 会 病 院	函 館 脳 神 経 外 科 病 院	函 館 新 都 市 病 院	函 館 西 部 脳 神 経 クリニック
所 在 地		函館市港町1丁目10-1	函 館 市 本 町 3 3 - 2	函館市富岡町2丁目10-10	函館市神山1丁目4-12	函 館 市 石 川 町 3 3 1 - 1	函館市豊川町2番4号
検 査 項 目	問 診	○	○	○	○	○	○
	身 体 計 測	○	○(腹囲測定含む)	○	○	○	○
	眼 底 検 査			○			
	視 力 検 査						
	血 圧 測 定	○	○	○	○	○	○
	血 圧 脈 波 検 査						
	血 液 検 査	○	○	○		○	○
	血 液 生 化 学 検 査	○	○	○		○	○
	尿 検 査	○	○	○		○	○
	心 電 図	○	○	○		○	○
	MRI・脳断層撮影	○(3.0テスラまたは1.5テスラ)	○(12×2)	○(1.5テスラ)	○(3.0テスラ)(20×5)	○	○
	MRA・脳血管撮影	○	○脳(12×2)頸部2	○脳・頸部	○脳(9×5)・頸部(9×1)	○脳・頸部	○
	X 線 撮 影	○頸部エコー	○頸動脈エコー				○頸動脈エコー
	生 活 ・ 栄 養 指 導				○		
	総 合 診 断	○	○	○	○	○	○
検 査 項 目 数 ・ 時 間		11項目 3時間程度	11項目 1.5時間程度	11項目 1.5～2時間程度	7項目 2.5時間程度	10項目 2～2.5時間程度	11項目 1.5時間程度
結 果 判 定 に つ い て		後日文書	後日文書	当日説明・後日文書	当日説明・後日文書	後日文書	当日説明・後日文書
受入れ体制(人数等)		月・火・木 各1名(午前中)	月～金 各3名(午後)	最大1日3名(午後)	1日 2名(午後) 週 8名(月・火・水・金)	火・木 各3名(午後)	月・火・木・金 各1～2名 週最大8名
予 約 方 法		受診者より連絡	受診者より連絡	医療機関より連絡	受診者より連絡	受診者より連絡	受診者より連絡

条 件 ・ 要 望 等

※ 次の項目に該当する方は検査を受けることができません。(※下記項目以外でも受診できない場合もあります。ご不明な点はお問い合わせください。)

●市立函館病院・函館市医師会病院・函館脳神経外科病院・函館新都市病院で受診する場合

○心臓ペースメーカーを装着している方 ○暗所・閉所恐怖症の方 ○妊娠をされている方

●函館中央病院で受診する場合

○心臓ペースメーカーを装着している方 ○人口内耳を使用している方 ○脳神経外科にて治療歴がある・経過観察中・治療中の方 ○暗所・閉所恐怖症の方 ○体重が130kg以上の方

○妊娠の可能性のある方または妊娠14週以内の方

●函館西部脳神経クリニックで受診する場合

○心臓ペースメーカーを装着している方

なお、人工関節・外科用クリップ・磁石により装着する義歯等、体内に金属あるいは磁気性質をもつものが埋め込まれている方は治療した医療機関へ脳ドック検診受診可能かご確認ください。

※ 自己負担額は各病院とも8,000円です。

※ その他要相談