



日本赤十字社

Japanese Red Cross Society

大津赤十字志賀病院

(医師会検査一覧)

〒520-0580 大津市和邇中298

(直通) TEL : 594-8779 / FAX : 594-8462 ●時間外および休診日は事務日当直者へ転送

(受付時間) 8 : 30~17 : 00 (平日) ●時間外および休診日は事務日当直者にて対応

2026.4.1現在

検査項目		月	火	水	木	金	注意事項	概算費用 (3割負担)
単純X線撮影	単純X線撮影	○	○	○	○	○		約2,600円~3,000円
	乳房 (マンモグラフィー)	○	○	○	○	○		約4,000円
造影透視	食道・胃・十二指腸		○		○		当日絶食 AMのみ	約7,000円
CT	単純CT	○	○	○	○	○		約7,000円
	造影CT	○	○	○	○	○	※注①	約10,000円
MRI	単純MRI	○	○	○	○	○		約8,000円
	造影MRI	○	○	○	○	○	当日絶食 ※注①	約12,000円
	MRCP	○	○	○	○	○	当日絶食	約8,000円
内視鏡	食道・胃・十二指腸	○	○	○	○	○	当日絶食 AMのみ	約6,000円
	臓器検査 (1臓器)	(ポリープ等組織採取する場合)						追加 約4,000円
	臓器検査 (2臓器)	(ポリープ等組織採取する場合)						追加 約7,500円
骨密度測定	DXA法 (腰椎・大腿)	○	○	○	○	○	(2025年新機器に更新)	約3,500円
超音波	心臓US	○	○	○	○	○	当日絶食 AMのみ	約5,000円
	腹部US		○				AMのみ	約4,000円
	甲状腺US		○				AMのみ	約3,000円
	乳房US		○				AMのみ	約3,000円
	小児 (心臓以外)		○	○			PMのみ ※注②	約4,000円
心電図	ホルター心電図	○	○	○	○	○	当日絶食 AMのみ	約7,500円
その他	ABI (血圧脈波検査)	○	○	○	○	○		約2,500円

●概算費用は初診料等込みの金額です。

「注意事項」

※注① CT・MRIの造影検査は安全のためアレルギー及び腎機能低下の有無をお知らせください。

※注② 火・水 以外は適宜相談となります。

MRI検査につきましては心臓ペースメーカー装着者は検査できません。

刺青のある方も火傷の可能性がありますのでご遠慮ください。