



(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

2026.8.1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
	大腸			○	○		当日絶食 隔週 PMのみ ※注②	約7,000 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6,500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		○				当日絶食 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③	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 前処置を要するため、検査の3営業日前までにご来院ください。

※注③ 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。