

# 112年度台南高商加項檢查項目表

您對自己的健康負責了嗎?您的幸福健康就從定期檢查開始~不用麻煩不用跑醫院無需等待用同樣的一管血順便檢查方便又精準

檢 查 項 目	檢 查 內 容	金 額	
<b>A、肝、膽、腎功能檢測：容易勞累、肥胖、睡不飽、火氣大、皮膚變黃、視線經常模糊</b>			
1 肝功能檢查(5項)	GALK-P、T-P、ALB、GLOB、A/G	急慢性肝炎、肝硬化、肝癌、脫水症、阻塞性黃疸、膽道阻塞或肝功能異常	500
2 酒精性或藥物性肝炎	麩胺醯轉移酵素r-GT	酒精性或藥物性肝炎,脂肪肝	100
3 C型肝炎	Anti-HCV C型肝炎抗體	是否感染C型肝炎	500
4 B型肝炎檢查	HBSAg B型肝炎表面抗原 Anti-HBs B型肝炎表面抗體	是否感染B型肝炎 是否具有B型肝炎抵制力	500
5 骨質疏鬆	鈣Ca、磷P、鎂Mg	骨軟化症、佝僂病、副甲狀腺功能亢進	300
6 電解質檢查	鈉Na、鉀K、氯Cl	檢查身體電解質平衡	300
7 血清膽功能檢查	總膽紅素T-BIL	阻塞性黃疸、溶血性黃疸、膽汁滯留	300
8 血清膽功能檢查	直接膽紅素D-BIL		
9 胰臟檢查	澱粉酵素AMLY	胰臟篩檢	200
<b>A項檢查優待員工1200元</b>			
<b>B、心、血管檢測：時常感覺壓力大、血壓高、胸悶、頭暈、容易喘、關節發抖疼痛</b>			
10	甲狀腺素T3	甲狀腺功能亢進或低下	900
11 甲狀腺功能檢查	甲狀腺素T4	甲狀腺機能亢進、低下症	
12	甲狀腺促進素TSH	腦下垂體腫瘤、潛在性甲狀腺檢查	
13 類風濕性關節炎	類風濕性關節因子	類風濕性關節炎	300
14 組織發炎	CRP C反應蛋白質	體內各項組織炎症	
15 心臟功能檢查	乳酸脫氫酶LDH	心肌梗塞、肌肉萎縮、心臟血管疾病	400
16	CPK肌酸磷激酶		
17 胃幽門桿菌檢查	胃幽門桿菌 HP	是否有感染胃幽門桿菌	400
18 癌症檢查	男性：攝護腺癌PSA	攝護腺癌篩檢。	800
19	女性：CA-125卵巢癌	卵巢癌篩檢。	
<b>B項檢查優待員工2000元</b>			
<b>A+B優待價員工2900元</b>			
<b>C、癌症的發生常與個人的飲食與不當的生活習慣如抽菸、吃檳榔、過度勞累緊張壓力等有相當的關緊張壓力等有相當的關聯</b>			
20	男性：睪丸癌 $\beta$ -HCG	睪丸癌之篩檢。	600
21	女性：絨毛膜癌 $\beta$ -HCG	女性生殖系統異常、癌症。	600
22	癌胚抗原CEA	直腸、大腸癌篩檢	600
23	AFP胎兒蛋白	早期肝癌篩檢	600
24	膽道癌、胰臟癌 Ca19-9	為膽道、胰臟癌最有價值之指標。	800
25	非小細胞癌cyfra21-1	肺腺癌篩檢	800
<b>C項檢查優待員工2500元</b>			
<b>A+B+C 優待價員工4900元</b>			
26 Hcy同半胱胺酸	心肌梗塞、動脈硬化、中風,高風險群如:抽菸、喝酒、外食及高血壓、糖尿病(3項優待2000元)		1000
27 HS-CRP高敏感蛋白			900
28 SD-LDL超壞膽固醇			900
<b>A+B+C+D 全方位檢查 優待價員工6500元</b>			

## D項其他特殊精密篩檢

29	鼻咽癌	E. B. V鼻咽癌	鼻咽癌檢查	900
30	鱗狀上皮細胞癌	SCC 鱗狀上皮細胞癌	口腔呼吸道/子宮頸癌篩檢	900
31	腫瘤標記72-4	腫瘤標記72-4	胃癌篩檢	800
32	腎臟淋巴癌	β2M腎臟淋巴癌	腎臟淋巴癌篩檢	900
33	TPA膀胱癌	TPA膀胱癌	膀胱癌篩檢	1000
34	地中海型貧血	Hb-EP 地中海型貧血檢查	地中海型貧血篩檢	1000
35	維生素D3	膽促鈣醇(Cholecalciferol)	檢測血液中維生素D3含量	1000
36	德國麻疹	Rubella IgG 德國麻疹	德國麻疹篩檢	700
37	愛滋病檢查	HIV 愛滋病檢查	AIDS篩檢	700
38	德國麻疹	Rubella IgG 德國麻疹	德國麻疹篩檢	700
39	過敏原檢查	MAST 55種過敏原檢查	篩檢過敏之來源如：花粉、昆蟲、塵埃、寄生蟲、食物等	3200
40	血糖檢查	糖化血色素HbA1C	被醫界作為血糖長期控制是否穩定的重要指標	400
41	過敏性抗原	過敏性抗原IGE	評估過敏指數	800
42	新冠肺炎抗體	COVID-19血清抗體IgG檢測	檢測體內新冠肺炎抗體指數	1000
43	過敏原檢查	MAST 55種過敏原檢查	篩檢過敏之來源如：花粉、昆蟲、塵埃、寄生蟲、食物等	3200

1. 預防勝於治療，敬請踴躍參加健康檢查。
2. 本人自願委託貴院所之特約護士/醫檢師，為本人進行各項生化血液檢驗之採血工作。
3. 本人接受各項檢查，須自費部分，本人決無異議。
4. 檢查報告，您將於30日內收到，如未明瞭，歡迎來電洽詢。

受檢人簽名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話：	手機：
地址：	檢查日期：		
檢查項目：	<input type="checkbox"/> AC飯前 <input type="checkbox"/> PC飯後		
總計：	已付：	未付：	護士簽名：

新興醫療社團法人新興醫院      祝您 健康、快樂！      諮詢專線：06-6326425