

檢查項目		檢查內容		價格
A式 體內各系統器官之功能檢查	肝炎檢查	B型肝炎 HBsAg、Anti-HBs		\$600
	電解質檢查	電解質 Na、K、Cl		\$300
	膽固醇檢查	極低密度膽固醇VLDL		\$300
	胰臟功能檢查	解脂酶 Lipase		\$300
	幽門桿菌檢查	胃幽門桿菌抗體檢驗 HP		\$700
	心臟功能檢查	1. 乳酸脫氫酵素 LDH	2. 肌酸激酵素 CPK	\$500
	類風濕性關節炎	類風濕性關節炎 RA		\$300
	炎症反應檢查	C反應蛋白質 CRP		\$200
副甲狀腺骨骼機能	1. 血中鈣 Ca	2. 血中磷 P	\$300	
以上A式方案				專案價\$1,900元整(3,500元)

B式 女性癌症篩檢		C式 男性癌症篩檢		價格	
肺癌	神經原特異烯醇 NSE	\$800	肺癌	神經原特異烯醇 NSE	\$800
鱗狀細胞癌	SCC(子宮頸)	\$700	骨髓癌	β2-M	\$800
乳癌	乳癌 CA-153	\$800	口腔癌	鱗狀細胞癌 SCC	\$700
骨髓癌	β2-M	\$800	鼻咽癌	EBV-IgA	\$800
以上癌症篩檢				專案價\$2,500元整(3100元)	
※ 以上 A+B或 A+C				專案價\$4,000元整(6,600元)	

D式 心臟血管檢查		價格
高敏感度C反應蛋白 HS-CRP		\$900
冠狀動脈疾病檢查 Homocysteine		\$900
心肌旋轉蛋白 Troponin I		\$800
以上D式		專案價\$2,200元整(2,600元)
※以上 A+B+D或A+C+D 式		專案價\$5,800元整(9,200元)

E式 消化系統檢查		價格
碳13胃幽門桿菌呼吸檢測 C13		\$1,500
A型肝炎 IgG		\$600
胃癌抗原 CA72-4		\$700
以上E式		專案價\$2,600元整(2,800元)
※以上 A+B+D+E或 A+C+D+E 式		專案價\$8,000元整(12,000元)

F式 甲狀腺功能		價格
甲狀腺功能檢查 T3、T4、TSH		\$1,000
游離四碘甲狀腺素 FREE T4		\$700
抗甲狀腺球蛋白抗體 ATG		\$800
以上F式方案		專案價\$2,200元整(2,500元)
※以上A+B+D+E+F或A+C+D+E+F 式		專案價：10,000元整(14,500元)

G式 骨質密度		價格
骨質特異鹼性磷酸酶 BAP		\$900
骨鈣素 Osteocalcin		\$1,000
維生素D3 Vitamin D3		\$1,000
以上G式方案		專案價\$2,700元整(2,900元)
※以上 A+B+D+E+F+G或A+C+D+E+F+G 式		專案價：12,500元整(17,400元)

A型肝炎 IgM	\$600	(男性)荷爾蒙 Testosterone	\$500
超壞膽固醇 sdLDL	\$2,000	(女性)荷爾蒙 E2. LH. FSH	\$1,200
膀胱癌檢查 TPA	\$1,000	(女性)抗穆勒氏賀爾蒙 AMH(卵巢內卵子庫存量)	\$1,200
鼻咽癌 EBV-IgA(女性)	\$800	缺鐵性貧血 TIBC. IRON. Ferritin	\$1,200
類絨毛膜激素 β-HCG(絨毛膜癌、睪丸癌)	\$800	地中海型貧血 Hb-EP	\$800
胰臟癌 彈性蛋白酶 1(Elastase1)	\$1,200	維生素B12 Vitamin B12	\$600
游離攝護腺特異抗原 Free PSA(需搭配PSA)	\$1,000	葉酸 Folic acid	\$600
游離攝護腺特異抗原比值 FPSA/TPSA(需搭配)		血中鋅 Serum Zinc	\$1,000
飯前胰島素 Insulin AC(須空腹八小時)	\$800	德國麻疹 IgG	\$800
胰島素阻抗 Insulin resistance		蠱豆症 G-6-PD	\$700
糖化血色素 HbA1C(三個月內血糖平均值)	\$600	僵直性脊椎炎 HLA-B27	\$2,500
心臟酵素 CK-MB	\$900	過敏原檢測-40項	\$2,500
自體免疫(抗細胞核抗體) ANA	\$900	過敏原檢測-66項	\$3,600
甲狀腺過氧化酶抗體 Anti-TPO	\$800	過敏原檢測-110項	\$6,200
自由基SOD	\$1,300	過敏原檢測-224項	\$12,000
血管彈性分析 PTG+心律變異分析 HRV	\$2,000	眼底攝影 Ocular Angiography	\$1,000
超音波檢查：腹部、骨盆腔(女)、攝護腺(男)、頸動脈、甲狀腺(單一部位\$700元)，乳房超音波\$900元			

以上項目為基於個人身體自覺症狀做進一步了解，本人同意增加檢驗，並簽核授權，且完全明白此費用為自行付費，與公司無關
(簽名)

編號	項目	需付費金額	受檢者簽名	電話號碼	服務人員