

検査項目表

◎は特定健康診査項目 ●はどちらか1項目の選択項目

		基本健診			オプション検査		
		一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	脳検査	乳房検査	子宮検査
対象者(年齢は年度末時点)		被保険者・被扶養配偶者	35歳以上の被保険者・被扶養者	40歳以上の被保険者・被扶養者	50歳以上の被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養配偶者及び35歳以上の被扶養者	
基本診察	問診票	1. 問診票(22項目)	◎	◎	◎		
	身体計測	2. 医師の診察	○	○	◎		
		3. 問診	○	○			
		4. 身長	◎	◎	◎		
		5. 体重	◎	◎	◎		
		6. BMI	◎	◎	◎		
		7. 腹囲(メジャー測定)	◎	◎	◎		
		8. 業務歴	○	○	○		
		9. 既往歴	◎	◎	◎		
		10. 自覚症状	◎	◎	◎		
		11. 他覚症状	◎	◎	◎		
		12. 体脂肪率	○	○	○		
		13. 視力	○	○	○		
		14. 聴力(1000、4000HZ)	○	○	○		
尿・便検査	尿検査	1. 糖	◎	◎	◎		
		2. 蛋白	◎	◎	◎		
		3. ウロビリノーゲン	○	○	○		
		4. 潜血	○	○	○		
		5. PH	○	○	○		
		6. 比重	○	○	○		
		7. 沈渣	○	○	○		
	便	8. 便潜血2日法	○	○	○		
血液検査	一般	1. 赤血球数(RBC)	◎	◎	◎		
		2. 白血球数(WBC)	○	○	○		
		3. 血色素量(Hb)	◎	◎	◎		
		4. ヘマトクリット(Ht)	◎	◎	◎		
		5. MCV・MCH・MCHC	○	○	○		
		6. 血小板数	○	○	○		
		7. 血液像	○	○	○		
	肝機能	8. GOT(AST)	◎	◎	◎		
		9. GPT(ALT)	◎	◎	◎		
		10. γ-GTP(γ-GT)	◎	◎	◎		
		11. 総ビリルビン(T-Bil)	○	○	○		
		12. 総蛋白(TP)	○	○	○		
		13. アルカリフォスファターゼ(ALP)	○	○	○		
		14. アルブミン(Alb)	○	○	○		
	脂質	15. 総コレステロール(T-CHO)	○	○	○		
		16. 中性脂肪 ^{※1}	◎	◎	◎		
		17. HDLコレステロール	◎	◎	◎		
		18. LDLコレステロール	◎	◎	◎		
		19. Non-HDLコレステロール	◎	◎	◎		
	糖尿病	20. 空腹時血糖(BS) ^{※2}	◎	◎	◎		
		21. ヘモグロビンA1c(HbA1c)	◎	◎	◎		
	腎機能	22. 尿素窒素(BUN)	○	○	○		
		23. クレアチニン(CRN)	◎	◎	◎		
		24. e-GFR	◎	◎	◎		
	膵機能	25. アミラーゼ(AMY)	○	○	○		
	感染症	26. C反応性蛋白定性(CRP)	○	○	○		
		27. HBs抗原	○	○	○		
		28. HCV抗体	○	○	○		
	その他	29. 血液型(ABO式)	○	○	○		
		30. 血液型(Rh式)	○	○	○		
		31. 尿酸(UA)	○	○	○		
		32. 血清鉄(Fe)	○	○	○		
循環器	1. 血圧(収縮期・拡張期)	◎	◎	◎			
	2. 眼圧	○	○	○			
	3. 眼底(両眼)	○	○	◎			
	4. 心電図(安静時)	◎	◎	◎			
呼吸器	1. 胸部X線(1方向・直接)	○	○	○			
	2. 胸部X線(2方向・直接)	○	○	○			
	3. 肺機能検査	○	○	○			
超音波	1. 腹部超音波	○	○	○			
消化器	1. 胃部X線(8枚・直接) ^{※3}	○	○	○			
脳神経外科	1. 頭部MRI				○		
	2. 頭部MRA				○		
婦人科	1. マンモグラフィ					●	
	2. 乳房超音波					●	
	3. 子宮頸部細胞診・内診(医師採取)					○	

※1 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を行うことも可能とする。

※2 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことも可能とする。

※3 原則としてX線検査とするが、胃カメラに変更することも可能とする。

<注意点>

※契約健診機関で受診する場合の検査項目は原則この表の通りです。ただし受診先によって検査項目が異なる場合があります。

※契約健診機関以外で受診する場合の補助対象項目は原則この表の通りです。

※契約健診機関において、胃部検査をX線(バリウム)から胃カメラに変更し、追加費用が発生した場合は、その追加費用をご負担いただきます。

その他にも指定された検査項目以外を受診した場合は、その費用相当額を自己負担していただきます。契約健診機関、契約健診機関以外にかかわらず、これらの追加費用は補助の対象外です。

※契約健診機関において、指定された検査項目をキャンセルし、その項目を別の医療機関等で受診した費用は補助の対象外です。

※乳房検査は、マンモグラフィと乳房超音波はどちらか一方が補助の対象です。マンモグラフィと乳房超音波をどちらも受診する場合は、

検査料の低い方を自己負担とします。なお、検査料は健診機関により異なります。

※保険診療での受診は補助の対象外です。