

健診項目表

日油健康保険組合

| 検査項目(注1) | | 健診コース | | | |
|----------|----------------------|--------------------------------|---------|--------|-------|
| | | 定期健康診断 | 生活習慣病健診 | 特定健康診査 | |
| 診察・問診 | 診察 | ○ | ○ | ○ | |
| | 既往歴 | ○ | ○ | ○ | |
| | 服薬歴 | ○ | ○ | ○ | |
| | 喫煙歴 | ○ | ○ | ○ | |
| | 自覚症状 | ○ | ○ | ○ | |
| | 他覚症状 | ○ | ○ | ○ | |
| 身体計測 | 身長 | ○ | ○ | ○ | |
| | 体重 | ○ | ○ | ○ | |
| | 腹囲 | ○ | ○ | ○ | |
| | BMI | ○ | ○ | ○ | |
| 生理学的検査 | 視力 | ○ | ○ | | |
| | 聴力 | ○ | ○ | | |
| | 血圧 | ○ | ○ | ○ | |
| | 眼底 | | ○ | ▲ | |
| | 心電図 | ○ | ○ | ▲ | |
| 尿検査 | 尿糖 | ○ | ○ | ○ | |
| | 尿蛋白 | ○ | ○ | ○ | |
| | 尿潜血 | | ○ | | |
| 血液検査 | 血液一般 | ヘマトクリット | | ○ | ▲ |
| | | 血色素量(Hb) | ○ | ○ | ▲ |
| | | 赤血球数 | ○ | ○ | ▲ |
| | | 白血球数 | | ○ | |
| | 肝機能 | AST(GOT) | ○ | ○ | ○ |
| | | ALT(GPT) | ○ | ○ | ○ |
| | | γ-GT(γ-GTP) | ○ | ○ | ○ |
| | 腎機能 | 血清クレアチニン(eGFR) | ▲ | ○ | ▲ |
| | | 尿酸 | | ○ | |
| | | 尿素窒素 | | ○ | |
| | 脂質 | 中性脂肪 | ○ | ○ | ○ |
| | | HDLコレステロール | ○ | ○ | ○ |
| | | LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール) | ○(注2) | ○(注2) | ○(注2) |
| HbA1c | | ● | ○ | ● | |
| 糖代謝 | 空腹時血糖 または 随時血糖 | ● | ○ | ●(注3) | |
| | | | | | |
| 呼吸器検査 | 胸部X線検査 | ○ | ○ | | |
| | 喀痰検査 | ○ | ○ | | |
| 消化器検査 | 上部消化管X線検査(胃部X線) | | ○ | | |
| | 便潜血検査(2回法) | | ○ | | |
| 婦人科検査 | 乳がん検査(マンモグラフィー及びエコー) | | ○ | | |
| | 子宮頸がん検査(子宮頸部細胞診) | | ○ | | |

○…必須項目

▲…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれかの項目を実施

(注1) 医療機関により検査項目が一部異なることがあります。同じ検査項目がない場合は医療機関へご相談のうえ近いもので受診してください。全く別の検査項目は補助金対象外となります。

(注2) 中性脂肪が400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDL コレステロールでの評価でも可とします。

(注3) 随時血糖の場合、食直後(食後3.5時間未満)の採血は避けてください。