

被保険者(35歳以上)生活習慣病健診補助金 組合指定健診項目一覧

| 健診項目                   |                                  |                      | 組合指定項目                |   |
|------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| 特定<br>健<br>診<br>項<br>目 | 診察等                              | 問診<br>[質問票等]         | 既往歴                   | ○ |
|                        |                                  |                      | 自覚症状                  | ○ |
|                        |                                  |                      | 他覚症状                  | ○ |
|                        |                                  |                      | 服薬                    | ○ |
|                        |                                  |                      | 喫煙                    | ○ |
|                        |                                  |                      | 貧血                    | ☆ |
|                        |                                  |                      | 20歳からの体重変化            |   |
|                        |                                  |                      | 30分以上の運動習慣            |   |
|                        |                                  |                      | 歩行または身体活動             |   |
|                        |                                  |                      | 歩行速度                  |   |
|                        |                                  |                      | 1年間の体重変化              |   |
|                        |                                  |                      | 食べ方                   |   |
|                        |                                  |                      | 食習慣                   |   |
|                        |                                  |                      | 飲酒                    |   |
|                        |                                  |                      | 飲酒量                   |   |
|                        |                                  |                      | 睡眠                    |   |
|                        |                                  |                      | 生活習慣の改善               |   |
|                        |                                  |                      | 保健指導の希望               |   |
|                        |                                  | 内科診察                 | 医師の診断(判定)             | ○ |
|                        |                                  |                      | 医師の詳細項目実施理由           | ○ |
|                        | (医師の氏名)                          |                      | (健診データに入力してください)      |   |
|                        | 階層化結果                            |                      | ○                     |   |
|                        | メタボリック該当判定                       |                      | ○                     |   |
|                        | 計測系                              | 身長                   | ○                     |   |
|                        |                                  | 体重                   | ○                     |   |
|                        |                                  | BMI                  | ○                     |   |
|                        |                                  | 腹囲                   | ○                     |   |
|                        |                                  | 血圧(収縮期/拡張期)          | ○                     |   |
|                        | 生化学検査                            | 中性脂肪                 | ○                     |   |
|                        |                                  | HDL-コレステロール          | ○                     |   |
|                        |                                  | LDL-コレステロール          | ○                     |   |
|                        |                                  | AST(GOT)             | ○                     |   |
|                        |                                  | ALT(GPT)             | ○                     |   |
| γ-GT(γ-GTP)            |                                  | ○                    |                       |   |
| 血糖検査                   | 空腹時血糖 ※食後10時間以上あけて検査             | ●                    |                       |   |
|                        | ヘモグロビンA1c(HbA1c) ※食後10時間未満の場合は必須 | ●                    |                       |   |
| 尿検査                    | 尿糖                               | ○                    |                       |   |
|                        | 尿蛋白                              | ○                    |                       |   |
| 特定<br>健診<br>詳細<br>項目   | 血液学検査                            | ヘマトクリット値             | ○                     |   |
|                        |                                  | 血色素量[ヘモグロビン値]        | ○                     |   |
|                        |                                  | 赤血球数                 | ○                     |   |
|                        | 心機能                              | 12誘導心電図              | ○                     |   |
|                        | 眼底検査                             |                      | ○                     |   |
| 胃部検査                   |                                  | (胃部X線、胃カメラ、PG法等 1種類) | ○                     |   |
| 腹部超音波                  |                                  | (肝臓・膵臓・腎臓・脾臓・胆嚢)     | ○                     |   |
| 便潜血検査                  |                                  |                      | ○                     |   |
| 乳がん検査                  |                                  | マンモグラフィーまたは乳腺エコー     | ○(乳がん検診補助<br>申請者のみ必須) |   |

○・・・必須項目

●・・・いずれかの項目の実施で可。ただし食後10時間未満の場合は、必ずヘモグロビンA1c(HbA1c)を検査すること。

☆・・・情報を入手した場合に限り、医療保険者に報告する項目

■・・・健診結果データ入力必須項目