

●実施項目 ◇医師が必要と認めた場合の実施項目

検査項目		一般健診	付加健診	備考
診察等	特定健診質問	●		
	既往歴 自覚症状 他覚症状	●		
	胸部聴診	●		
	腹部触診	●		
	直腸検査	◇		
身体計測	身長	●		
	体重	●		
	BMI	●		
	腹囲	●		
視力検査	左・右	●		ランドルト氏環又は文字視標若しくは卓上型視力検査装置を使用した遠見視力検査
聴力検査	左・右	●		オージオメーターを使用した1,000Hz及び4,000Hzの純音による検査
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	●		
尿検査	糖半定量	●		
	蛋白半定量	●		
	潜血反応	●		
呼吸器系検査	胸部レントゲン	●		直接撮影（大角1枚）
心電図	12誘導	●		
生化学検査	GOT (AST)	●		
	GPT (ALT)	●		
	γ-GTP	●		
	アルカリフォスファターゼ (ALP)	●		
	HDL-コレステロール	●		
	LDL-コレステロール	●		
	空腹時中性脂肪	● (※1)		(※1) 中性脂肪検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時中性脂肪が測定できない場合は、随時中性脂肪を測定すること。また、中性脂肪が400mg/dl以上の場合、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールの測定でも可能とすること。
	総コレステロール	●		
	クレアチニン	●		
	eGFR	●		本項目は、次の計算式により算出できる。なお、健診機関において本項目を測定できない場合は、空欄のまま組合に報告して差し支えない。 ・男性：194×クレアチニン（血清）-1.094×健診日現在年齢-0.287 ・女性：194×クレアチニン（血清）-1.094×健診日現在年齢-0.287×0.739
	尿酸	●		
	空腹時血糖	● (※2)		(※2) 血糖検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時血糖が測定できない場合は、HbA1cを測定すること。
HbA1c	(※2)			
血球検査	赤血球数	●		
	ヘマトクリット値	●		
	血色素（ヘモグロビン）測定	●		
	白血球数	●		
消化器系検査	胃部レントゲン	● (※3)		直接撮影（透視診断四ツ切7枚以上（スポットを含む））
	胃内視鏡検査	(※3)		(※3) 本人の希望等に健診機関が対応できる場合は、胃部レントゲン検査に代えて胃内視鏡検査を実施することができる。なお、胃内視鏡検査を実施することにより差額料金が発生する場合は、胃部レントゲン検査の直接撮影を行った場合の健診単価に差額費用（健診機関の指定料金）を追加する。
	糞便検査（便潜血反応）	●		免疫便潜血反応検査（2日法）

注1) レントゲン検査は、受診者から①治療中（医師からの指示）②受診前に他の健診等で検査を実施している場合③アレルギー、妊産婦等④当日の体調（健診実施機関の医師等の判断）の場合以外は、原則、未実施とすることができない。また、検査に着手したものの、正常に完了できなかった場合は、未実施の対象となる。ただし、検査が完了したにも関わらず、検査結果が判定不能等により設定できない場合を除く。なお、レントゲン検査において、デジタル映像化処理を行った場合には、直接撮影として取り扱う。

注2) 中性脂肪検査、血糖検査における空腹時及び随時等の時間の定義は、厚生労働省が示す特定健康診査（最新版）の基準に準ずるものとする。

検査項目		一般健診	付加健診	備考
尿検査	尿沈渣		●	尿沈渣顕微鏡検査
呼吸器系検査	肺機能検査		●	フローボリュームカーブ（努力肺活量、1秒量、1秒率）
生化学的検査	総蛋白		●	
	アルブミン		●	
	総ビリルビン		●	
	アミラーゼ		●	
	LDH		●	
血球検査	血小板数		●	
	末梢血液像		●	検査対象臓器は肝臓（脾臓を含む）・胆のう・膵臓・腎臓・腹部大動脈とする。但し、膵臓検出できないときはその旨記載すること。
消化器系検査	腹部超音波検査		●	

検査項目		一般健診	付加健診	備考
眼底検査	手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影（フィルム2枚（現像含む））により実施	◇ (40歳以上)	●	眼底検査については、特定健康診査における医師の判断により実施される詳細な健診項目であることから、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づいて医師の判断がある場合、一般健診と同時に実施することができる。なお、検査費用の請求は一般健診の費用請求とは別に眼底検査を単独で行ったものとして請求すること。

検査項目（※）		備考
乳がん検査	乳房エックス線検査（2方向）	内外斜位方向撮影及び頭尾方向撮影
	乳房エックス線検査（1方向）	内外斜位方向撮影
	超音波検査	

（※）受診者の希望、健診機関の検査機器や実施体制に応じて、次のいずれかの検査を実施する。

なお、乳房エックス線検査と超音波検査を組み合わせた検査を実施しても差し支えないが、日赤健保補助金上限額を4,000円として、その実費相当額を補助する。

検査項目		備考
子宮頸がん検査	問診	
	膣脂膏顕微鏡検査	細胞診の検体自己採取は不可とする。

検査項目		備考
肝炎ウイルス検査	HCV抗体の検出（省略可）	HCV抗体の検出は、陽性又は陰性の別を判定。
	HCV抗体検査・HBs抗原検査	陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行う。
	HCV核酸増幅検査	HCV抗体検査の結果、中力価群、低力価群と判定された場合に実施する。

検査項目		備考
胃がんリスク検診	ABC検診	健診機関が実施できる検査とする。なお、ABC検診、ヘリコバクターピロリ菌検査を両方実施できる健診機関の場合は、ABC検診を検査項目とする。
	ピロリ菌検査	健診機関が同検診を実施できない場合は、<実施不可>とする。

検査項目		備考
前立腺がん検診	PSA検査	