

特 定 健 診 必 須 項 目

診 察	質 問 項 目 （ 問 診 ）		○
	計 測	身長	○
		体重	○
		B M I	○
		腹囲	○
	理学の所見（身体診察）		○
	血圧		○
脂 質	中性脂肪		○
	H D L－コレステロール		○
	L D L－コレステロール		○
肝 機 能	A S T （ G O T ）		○
	A L T （ G P T ）		○
	γ－G T （ γ－G T P ）		○
代 謝 系	空腹時血糖		○※
	H b A 1 c		○※
	尿糖（半定量）		○
血 液 一 般	ヘマトクリット値		△
	血色素量		△
	赤血球数		△
尿 腎 機 能	尿蛋白（半定量）		○
判 定			○
医 師 の 氏 名			○

○ 必須項目

※いずれかの項目の実施でも可

△ 医師の判断に基づき選択的に実施する項目