

## 特定健康診査項目

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	○
血圧	血圧	○
肝機能検査	GOT (AST)	○
	GPT (ALT)	○
	GTP (γ-GT)	○
脂質検査	中性脂肪	○
	HDL コレステロール	○
	LDL コレステロール	○※1
血糖検査	空腹時血糖	■
	HbA1c	■
	随時血糖	■※2
尿検査	尿糖	○
	尿蛋白	○
血液学検査	ヘマトクリット値	□
	血色素量	□
	赤血球数	□
心電図		□
眼底検査		□
血清クレアチニン検査 (eGFR)		□
メタボリック判定	40歳以上	○※3

○…必須項目

□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■…いずれかの項目の実施でも可

※1) LDL コレステロールに替わって non-HDL コレステロールでも可

※2) やむを得ない場合のみ、食直後を除き随時血糖でも可（食後 3.5 時間以上 10 時間未満）

※3) 判定（診断）した医師名も併せて結果に記載していただいでください。