

	項目名	一般健診	特定健診
	既往歴	○	○
	服薬歴	※	○
	喫煙歴	※	○
	業務歴	○	
	自覚症状	○	○
	他覚症状	○	○
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧(収縮期/拡張期)	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1)	●注1)
	随時中性脂肪	●注1)	●注1)
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	●	●
	随時血糖	●注2)	●注2)
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値		□
	血色素量(ヘモグロビン値)	○	□
	赤血球数	○	□
その他	心電図	○	□
	眼底検査		□
	血清クレアチニン(eGFR)	□	□
	視力	○	
	聴力	○	
	胸部X線検査	○	
医師の判断	喀痰検査	□	
	医師の診断(判定)	○	○
	医師の意見	○	

○…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可

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼

注1)空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間(食後)の情報は必須入力項目とする。

注2)やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後(3.5時間未満)を除き随時血糖で可とする。