

令和元年度 健診 血液/尿検査必須項目表

[資料4]

	特定健診	ぎふすこやか	社保
中性脂肪	●	●	●
HDL-C	●	●	●
LDL-C	●	●	●
γ-GT	●	●	●
AST(GOT)	●	●	●
ALT(GPT)	●	●	●
血糖	●		○
HbA1c	●	●	○
白血球数	▲		
赤血球数	▲	●	▲
血色素量	▲	●	▲
ヘマトクリット	▲	●	▲
血小板	▲		
アルブミン	●	●	
尿酸	●		
クレアチニン	●	●	▲
eGFR	●		▲
尿糖	●	●	●
尿蛋白	●	●	●
尿潜血	●	●	

食後採血時間により**選択**になります

* **血糖**選択の場合の採血時間

3. 5時間以上、10時間未満（随時）

もしくは**10時間以上（空腹時）**です

貧血

尿検査について
(特定健康診査での留意点)

生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している人に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合、検査を省略せざるをえなかった理由を「医師の診断（判定）」欄に記載すること。 「令和元年度 各種健診の実施マニュアル 岐阜市」の3頁より

* スピッツ

生化・血糖

生化・血算・血糖

生化・血糖

貧血実施は血算も

● → 必須項目

▲ → 選択項目