

## 「人間ドック」「特定健康診査」の補助対象検査項目比較表

(◎：必須検査項目／○：基本検査項目／△：オプション検査（受診者の希望により選択可能）／□：医師の判断により実施)

※人間ドックを受診する場合は、「必須検査項目」のすべてと、「基本検査項目」の一部を受診してください。

検査項目		人間ドック	特定健康診査	
身体測定診察等	医師問診 (服用・喫煙・自覚・他覚・既往歴) 身長・体重・BMI・腹囲・血圧	◎	◎	
	視診・聴打診	○	○	
	肥満度(BMIがない場合は必須)	○	○	
視力・聴力	視力・オージオメーター	◎		
眼底検査	眼底検査(片眼)	○	□	
眼圧検査	眼圧検査	○		
心電図	心電図	◎	□	
心拍数	心拍数	○		
呼吸機能	努力性肺活量・1秒量・1秒率	○		
胸部検査	胸部X線(直接またはデジタル)	◎		
消化器	胃部X線または胃内視鏡	○		
超音波	腹部超音波検査	○		
血液検査	血液学	赤血球数・血色素量	◎	□
		白血球数・血小板数	○	
		ヘマトクリット	○	□
		MCV・MCH・MCHC	○	
	生化学検査	総蛋白・アルブミン・A/G比	○	
		クレアチニン	○	□
		尿酸・尿素窒素	○	
		総コレステロール	○	
		中性脂肪・HDL	◎	◎
		LDL	◎	◎
		non-HDLコレステロール	○	(どちらか)
		総ビリルビン	○	
		GOT・GPT・γ-GTP	◎	◎
		ALP	○	
		空腹時血糖	◎	◎
	HbA1c	◎	(どちらか)	
	血液型	○		
	血清学	RF・CRP・HBs・HCV	○	
	尿検査	蛋白・糖	◎	◎
潜血・ウロビリノーゲン		○		
比重・沈査		○		
便検査	便潜血検査	○		
補助対象オプション検査	前立腺(PSA)検査	△	△	
	ビロリ菌検査	△	△	
	子宮頸部細胞診検査	△	△	
	乳房超音波検査	△	△	
	乳房マンモグラフィ検査	△	△	
	脳ドック(頭部MRI検査・頭部MRA検査)	△	△	