

【市が指定する検査項目】

以下の検査項目すべてを含む人間ドックを受診した方が助成の対象です。

項 目	検 査 内 容
診察	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。） 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
計測	身長、体重、腹囲 ^{注1、2} 、BMI
血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、 LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール）
糖代謝検査	空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c
尿検査	尿糖、尿蛋白
貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
腎機能検査	血清クレアチニン
心電図検査	標準12誘導
眼底検査	両眼撮り
呼吸器系検査 ^{注3}	胸部X線撮影（又は胸部CT検査）、肺機能検査
消化器系検査 ^{注3}	胃透視（又は胃カメラ）、腹部超音波検査
大腸検査 ^{注3}	Hb2日法

注1：「計測」中、「腹囲」の検査については、厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要でないと認めるときは、省略することができます。

注2：「計測」中、「腹囲」の検査に代えて、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の面積の測定を行うことができる。この場合は、「腹囲」の検査を行ったものとみなす。

注3：「呼吸器系検査」、「消化器系検査」及び「大腸検査」の検査内容については、医師の判断等（自己都合、経過観察等を除く。）により省略することができる。

ご注意ください！

- 令和6年度に受診した人間ドックが対象です。
- 上記の検査項目をすべて満たさない場合は、**助成の対象外**となります。
（自己都合や経過観察中等による項目欠如も含みます。検査項目について確認事項がございましたら、下記連絡先までお問合せください。）
- 上記検査を一度の人間ドックで受けていただく必要があります。複数健診機関にまたがった受診は対象外となります。「日帰り人間ドック」等の総合的な健診を受診してください。