●市が指定する検査項目

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、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	胸部Ｘ線撮影、肺機能検査
消化器系検査	胃透視（若しくは胃カメラ）、腹部超音波検査
大腸検査	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る。

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、医師の判断等により省略することができる。

岩沼市健康増進課　電話：22-1111㈹　内線 342，345，346