

一般(定期) 健康診断検査項目

項 目			年度末年齢					
			～ 3 4 歳	3 5 歳	3 6 歳～3 9 歳	4 0 歳	4 1 歳～4 4 歳	4 5 歳～
身長			○	○	○	○	○	○
体重			○	○	○	○	○	○
B M I			○	○	○	○	○	○
視力			○	○	○	○	○	○
聴力	会話域		△		△		△	
	オーディオメーター(1000Hz, 4000Hz)		△	○	△	○	△	○
胸部×線			○	○	○	○	○	○
血圧・心拍数			○	○	○	○	○	○
尿	尿蛋白		○	○	○	○	○	○
	尿糖		○	○	○	○	○	○
腎	血清クレアチニン（e G F R）		○	○	○	○	○	○
血液	貧血	赤血球数		○		○	○	○
		血色素量		○		○	○	○
	肝機能	G O T（A S T）		○		○	○	○
		G P T（A L T）		○		○	○	○
		γ-G T P（γ-G T）		○		○	○	○
	脂質	H D Lコレステロール		○		○	○	○
		non-H D Lコレステロール		○		○	○	○
		L D Lコレステロール		○		○	○	○
		中性脂肪		○		○	○	○
	血糖			○		○	○	○
心電図				○		○	○	○
腹囲				○		○	○	○

※ 「○」の項目は、必須です。必ず受診してください。

「△」の項目は、いずれかの方法で受診してください。

Routine Checkup Items

Items			Age at the End of the Fiscal Year					
			Up to 34 yrs	35 yrs	36 yrs to 39 yrs	40 yrs	41 yrs to 44 yrs	45 yrs and over
Height			○	○	○	○	○	○
Weight			○	○	○	○	○	○
BMI			○	○	○	○	○	○
Vision			○	○	○	○	○	○
Hear- ing	Conversational Level		△		△		△	
	Audiometer (1000Hz, 4000Hz)		△	○	△	○	△	○
chest X-Ray(direct)			○	○	○	○	○	○
Blood Pressure,Pulse			○	○	○	○	○	○
Urine	Urein Protein		○	○	○	○	○	○
	Urein Glucose		○	○	○	○	○	○
Kidney	Creatinine (eGFR)		○	○	○	○	○	○
Blood	anemia	Red Cell Count		○		○	○	○
		Hemoglobin Count		○		○	○	○
	Liver Functi on	GOT (AST)		○		○	○	○
		GPT (ALT)		○		○	○	○
		γ -GTP (γ -GT)		○		○	○	○
	Blood Lipids	HDL cholesterol		○		○	○	○
		non-HDL cholesterol		○		○	○	○
		LDL cholesterol		○		○	○	○
		Neutral Fats		○		○	○	○
	Blood Glucose			○		○	○	○
ECG				○		○	○	○
Abdominal Grith				○		○	○	○

※ Items marked with a circle are compulsory.

Items marked with a triangle can be tested using either of the two examination methods listed.