



## 2. 各検査項目の検査法に関する情報

以下に記入いただく検査法は、健診情報ファイルを作成する際に重要な情報です。

正確にご回答ください。

※太枠マス内に数字を記入してください

特 定 健 診	血 中 脂 質	中性脂肪 (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:紫外吸光光度法 3:その他
		HDLコレステロール (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:紫外吸光光度法 3:その他
		LDLコレステロール (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:紫外吸光光度法 3:その他
	肝 機 能	GOT(AST) (U/l)	1:紫外吸光光度法 2:その他
		GPT(ALT) (U/l)	1:紫外吸光光度法 2:その他
		γ-GT(γ-GTP) (U/l)	1:可視吸光光度法 2:その他
	血 糖	血糖 (mg/dl)	1:電位差法 2:可視吸光光度法 3:紫外吸光光度法 4:その他
		ヘモグロビンA1c (%)	1:免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等) 2:HPLC 3:酵素法 4:その他
	尿	糖	1:試験紙法(機械読取) 2:試験紙法(目視法)
		蛋白	1:試験紙法(機械読取) 2:試験紙法(目視法)
非 特 定 健 診	尿潜血	1:試験紙法(機械読取) 2:試験紙法(目視法)	
	血清クレアチニン (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:その他	
	血清尿酸 (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:その他	
	総コレステロール (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:紫外吸光光度法 3:その他	
	総ビリルビン (mg/dl)	1:可視吸光光度法 2:その他	
	ALP (U/l)	1:可視吸光光度法 2:その他	
	総蛋白 (g/dl)	1:可視吸光光度法 2:その他	
	血清フェリチン (ng/ml)	1:エンザイム免疫アッセイ(EIA) 2:その他	
	血清アルブミン (g/dl)	1:可視吸光光度法 2:その他	

### 3. 各検査項目の基準値に関する情報

基準値は、受診者への情報提供の一環として、結果通知票に表記されるものです。

※旭川市国保については、保険者(市)から結果通知を行いますので、この対象ではありません。

参考までに、日本人間ドック学会によるものと、全国健康保険協会健診(生活習慣病予防健診)によるものを掲示いたします。

いずれかの基準値を選択いただくか、または貴施設の独自基準をご記入ください。

※太枠マス内に○印を記入してください

検査項目名		日本人間ドック学会	協会けんぽ健診	その他(独自)	
特定健診	血圧	収縮期 (mmHg)	129以下	90～139	
		拡張期 (mmHg)	84以下	89以下	
	血中脂質	中性脂肪 (mg/dl)	30～149	149以下	
		HDLコレステロール (mg/dl)	40～119	40以上	
		LDLコレステロール (mg/dl)	60～119	119以下	
	肝機能	GOT(AST) (U/l)	30以下	35以下	
		GPT(ALT) (U/l)	30以下	35以下	
		γ-GT(γ-GTP) (U/l)	50以下	55以下	
	血糖	血糖 (mg/dl)	99以下	109以下	
		ヘモグロビンA1c (%)	5.1以下	5.4以下	
	貧血	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	男 400～539	男 400～539	
			女 360～489	女 360～489	
		血色素量 (g/dl)	男 13.1～16.6 女 12.1～14.6	男 13.0～16.6 女 11.4～14.6	
		ヘマトクリット値 (%)	男 38.5～48.9 女 35.5～43.9	男 38.0～48.9 女 34.0～43.9	
	非特定健診	血清クレアチニン (mg/dl)	男 1.0以下	男 1.1以下	
女 0.7以下			女 0.8以下		
血清尿酸 (mg/dl)		2.1～7.0	7.0以下		
総コレステロール (mg/dl)		140～199	140～199		
総ビリルビン (mg/dl)			1.1以下		
ALP (U/l)			339以下		
総蛋白 (g/dl)		6.5～8.0	6.5～8.0		
血清フェリチン (ng/ml)					
血清アルブミン (g/dl)		4.0以上	4.0以上		
白血球数 (mm <sup>3</sup> )		3200～8500	3300～8900		
血小板数 (万/mm <sup>3</sup> )	13～34.9				