

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	129以下
		拡張期 (mmHg)	84以下	84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以上	40以上
		LDLコレステロール (mg/dl)	60~119	119以下
		non-HDLコレステロール (mg/dl)	90~149	149以下
	肝 機 能	GOT(AST) (U/l)	30以下	30以下
		GPT(ALT) (U/l)	30以下	30以下
		γ-GT(γ-GTP) (U/l)	50以下	50以下
	血 糖	血糖 (mg/dl)	99以下	99以下
		ヘモグロビンA1c (%)	5.5以下	5.4以下
	貧 血	赤血球数 (万/mm ³)		男 400~539 女 360~489
		血色素量 (g/dl)	男 13.1~16.3 女 12.1~14.5	男 13.0~16.6 女 11.4~14.6
		ヘマトクリット値 (%)		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 女 0.7以下	男 1.1以下 女 0.8以下
eGFR (ml/min/1.73m ²)		60以上	60以上	
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	
総ビリルビン (mg/dl)			1.1以下	
ALP (U/l)			339以下	
総蛋白 (g/dl)		6.5~7.9	6.5~8.0	
血清フェリチン (ng/ml)				
血清アルブミン (g/dl)		3.9以上	4.0以上	
白血球数 (mm ³)		3100~8400	3300~8900	
血小板数 (万/mm ³)		14.5~32.9	14.0~35.9	