

## 詳細な健診の項目の検査実施について

詳細な健診の項目の検査実施に当たっては、以下のことに留意する。

### 1 対象者

下表の基準に該当した方のうち、医師が必要と判断した方。

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査（12誘導心電図）（注1）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上のものまたは問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査（注2）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合は、「前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者」（注3）を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上または随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上または随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上または随時血糖値が100mg/dl以上				

（注1）心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

（注2）眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

（注3）眼底検査の実施できる条件「前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者」に該当するかどうかは、秋田市特定健診課へお問合せください。