

## 令和8年度 定期健康診断検査項目

	項目	内容
基本項目 (全員受診)	医師診察	既往歴及び業務歴検査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査
	身体計測	身長、体重、腹囲測定及びBMIの算出
	視力検査	遠方視力(5m)
	聴力検査	1000Hz、4000Hz
	血圧	血圧の測定
	貧血検査	赤血球、血色素、ヘマトクリット
	肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP
	血中脂質検査	総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	血糖検査	空腹時血糖(もしくは隨時血糖)、ヘモグロビンA1c
	腎機能検査	クレアチニン、e-GFR
	尿酸検査	尿酸
	その他血液検査	白血球、血小板
	尿検査	尿中の糖、蛋白及び潜血の有無
	心電図検査	心電図
	胸部X線検査	直接撮影
	喀痰検査	喀痰検査※1
40歳以上	胃検診	直接撮影※2
	眼底検査	眼底検査※2

※1:胸部X線検査により病変及び結核発病の恐れがないと判断された者について  
医師が必要でないと認めるときは省略。

※2:40歳以上の職員が対象

## 教育委員会定期健康診断自動判定基準 R8年度版

別紙4

判定コード			N	N2	N3	W	Z	Y	X								
項目	入力時の注意事項	条件等	異常なし (基準値)	要観察・生活改善が必要	要再検査・医療管理下での生活改善が必要	精密検査・治療が必要	治療中	特記事項	未検査								
BMI（肥満度）			18.5～24.9	≤18.4、≥25	≥35	医師の判断による総合判定	問診等で確認	身長や体重が測定できない場合 妊娠中など 指數等で検査を実施する	未検査								
腹囲		男	<85	≥85													
		女	<90	≥90													
視力	0.1未満→01# 0.7→07 1.5以上→15		≥1.0	0.7～0.9	≤0.6 義眼、光覚、指数												
聴力		1000Hz	≤30dB		35dB	≥40dB	問診等で確認	補聴器を使用している場合 未検査の場合	未検査								
		4000Hz	≤30dB		35dB	≥40dB											
血圧		収縮期	<130	130～139	140～159	≥160											
		拡張期	<80	80～89	90～99	≥100											
尿糖	0: - 1: ± 2: + 3: ++ 4: +++以上		-		±以上		問診等で確認	人工透析を行っていない採尿できない場合 生理中の判定は(-)以外全てYとする	未検査								
尿蛋白			-	±	+	2+以上											
尿潜血			-	±	+	2+以上											
心電図			所見をもとに医師の判断による総合判定 ＊問診等で治療中である旨の確認ができた場合、所見がなくても医師の判断で「Z」の判定は可能														
白血球			31～84	医師の判断による総合判定													
血小板			14.5～32.9														
赤血球		男	384～525														
		女	345～460														
ヘマトクリット		男	39.8～51.8														
		女	33.4～44.9														
血色素		男	13.1～16.3														
		女	12.1～14.5														
総コレステロール			130～220														
中性脂肪		空腹	<150	問診等で確認	医師の判断による総合判定	未検査											
		随時	<175														
HDL			≥40														
LDL			60～119														
GOT (AST)			≤30	31～50	≥51	医師の判断による総合判定	医師の判断による総合判定	未検査									
GPT (ALT)			≤30	31～50	≥51												
γ-GTP			≤50	51～100	≥101												
尿酸			2.1～7.0	7.1～7.9	≤2.0 8.0～8.9	≥9.0	医師の判断による総合判定	医師の判断による総合判定	未検査								
血糖			≤99	HbA1cで判定 ≥5.6	HbA1cで判定 ≥6.5	HbA1c≥8.0または医師の判断による総合判定											
HbA1c			≤5.5以下														
クレアチニン		男	1.00以下	医師の判断による総合判定													
		女	0.70以下														
e-GFR			≥60	45～59.9	<45	医師の判断による総合判定	医師の判断による総合判定	未検査									
眼底	1: 0、2: I、3: IIa 4: IIb、5: III、6: IV	KW	所見なし	I～IIa	IIb～IV	医師の判断による総合判定											
	1: 0、2: 1、3: 2、 4: 3、5: 4	Sheie H	0	1～2	≥3												
	1: 所見なし、2: 軽度 3: 中等度、4: 重症度	Sheie S	0	1～4													
		WM	所見なし	軽度	中等度～重症												

(参考) 生活習慣指導区分は次の項目を基に行う  
 循環器：喫煙状況、BMI、血圧、心電図、中性脂肪、HDL・LDLコレステロール、眼底  
 糖尿病：随時血糖、HbA1c、眼底  
 腎臓病：尿蛋白、尿潜血、クレアチニン、e-GFR  
 肝機能：AST、ALT、γGTP  
 胸部：胸部X線  
 痛風：尿酸  
 ※医師の判定により、A1、B1、C1、C2、D2、D3

《記入要領》

- 定期健康診断実施年月日、職員番号、氏名を記入してください。
- 未受診項目欄にチェックを入れてください。

## 令和 8 年度 定期健康診断受診者一覧表

## 令和8年度 定期健康診断 要精密至急報告基準

項目	至急報告基準値
心電図	致死的不整脈 心房細動
血圧等 (単位: mmHg)	収縮期180以上 または 拡張期110以上
血糖 (単位: mg/dl)	HbA1c 8.5%以上
腎機能	—
尿	—
尿酸値	—
血中脂質	—
肝機能	—
貧血 (Hb単位: g/dl)	Hb: 男性9.0以下 女性7.0以下
胸部X線	肺癌を強く疑わせる所見 活動性結核を疑わせる所見
自覚症状	問診票21~25番のうち、 5項目全てにチェックがある。
その他	胃検診: 胃がんを強く疑わせる所見

## 令和8年度 健康診断個人票

所属コード(7~12桁)	所 属 名 称	職種	職番(7~8桁)	氏名(フリガナ)
		1.正規 2.再任用 3.その他		
性 別	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日	生 歲

健康診断年月日(西暦)	年 月 日	胸 部 X 線		
既 往 歴		数字を○で囲む	1直接/2間接	0なし/1あり
治 療 中・検査中病名		所 見		
自 覚 症 状	上段:21~25番 下段:それ以外	判 定		胸部 指導区分
他 覚 症 状				
生 活 状 況	喫煙 飲酒(頻度) 運動	胃 檢 診	N N2 N3 W Z X	
身長(cm) 体重(kg)	cm kg			
B M I				
腹 囲	cm			
視 力	右(矯正) 左(矯正)	医 師 の 診 断		
5 m	( ) ( )			
聽 力	1000Hz 4000Hz	健 診 機 関 名		
数字を○で囲む	右 0 所見なし 1 所見あり 左 0 所見なし 1 所見あり 右 0 所見なし 1 所見あり 左 0 所見なし 1 所見あり			
血 壓 mmHg	~			
検 尿	糖 蛋白 潜血	健 診 機 関 医 師 氏 名 印		
	0 1 2 3 4 9 - 土 + 2+ 3+ 以上 未 0 1 2 3 4 9 - 土 + 2+ 3+ 以上 未 0 1 2 3 4 8 9 - 土 + 2+ 3+ 以上 生 未			
心 電 図	心電図No.			
	所見 KW Scheie WM その他 S H 所見 分類	産 業 医 等 の 意 見 印		
血 液 検 查	採血No. 食後 時間			
	貧 血 赤血球 $\times 10^6/\text{mm}^3$ 血色素 g/dl ヘマトクリット %			
	白 血 球 白血球 $\times 10^3/\text{mm}^3$			
	血 小 板 血小板 $\times 10^3/\text{mm}^3$			
	肝 機 能 GOT IU/l GPT IU/l $\gamma$ -GTP IU/l			
	血 中 脂 質 総コレステロール mg/dl 中性脂肪 mg/dl HDLコレステロール mg/dl LDLコレステロール mg/dl			
	血 糖 隨時血糖 mg/dl HbA1c %			
	腎 機 能 クレアチニン mg/dl e-GFR ml/min			
	尿 酸 尿酸 mg/dl			
生活習慣病指導区分 (生活規正面 + 医療面)	循環器 糖尿病 腎機能 肝機能 痛風			

## 令和8年度 一部項目未受診連絡表

月分 健診機関名

## 《記入等要領》

- 定期健康診断実施年月日、職員番号、氏名を記入してください。
- 未受診項目及び未受診理由にチェックマークをつけてください。
- 未受診理由がその他の場合は、理由を具体的に記入してください

定期健康診断実施年月日	職員番号	氏名	未受診項目	未受診理由
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )
			<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃検診 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 他の医療機関で受診予定 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> バリウムで体調不良になる <input type="checkbox"/> その他( )