

## 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 (5 m)
	聴力検査	1 0 0 0 H z、4 0 0 0 H z
	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	G O T、G P T、 $\gamma$ -G T P
	血中脂質検査	総コレステロール、中性脂肪、H D L コレステロール、L D L コレステロール
	血糖検査	空腹時血糖 (もしくは随時血糖)、ヘモグロビン A 1 c
	腎機能検査	クレアチニン、e-G F R
	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

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			身長や体重が測定できない場合	
腹囲		男	<85	≧85					妊娠中など	
		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		問診等で 確認		指数等で検査を実施する	
聴力		1000Hz	≦30dB		35dB	≧40dB			補聴器を使用している場合	未検査の場合
		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					
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				問診等で 確認			
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								
	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				
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				
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				
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：Ⅰ、3：2、 4：3、5：4	Sheie H	0	1～2	≧3					
		Sheie S	0	1～4						
	1：所見なし、2：軽度 3：中等度、4：重症度	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

令和 8 年度 定期健康診断受診者一覧表

健診機関名

[illegible]

## 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)	HbA1c8.5%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	歳

健康診断年月日(西暦)	年	月	日		
既 往 歴					
治療中・検査中病名					
自 覚 症 状 上段:21～25番 下段:それ以外					
他 覚 症 状					
生 活 状 況	喫煙				
	飲酒(頻度)	飲酒(量)			
	運動				
身長(cm) 体重(kg)		cm	kg		
B M I					
腹 囲		cm			
視 力	右(矯正)	( )			
5 m	左(矯正)	( )			
聴 力	1000Hz 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			
	4000Hz 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			
血 圧	mmHg				
検 尿	糖	0 1 2 3 4 9 - ± + 2+ 3+ 以上 未			
	蛋白 数字を○で 囲む	0 1 2 3 4 9 - ± + 2+ 3+ 以上 未			
	潜血	0 1 2 3 4 8 9 - ± + 2+ 3+ 以上 生 未			
心 電 図	心電図No.				
眼底	KW Scheie WM その他 S H 所見				
	分類				
血液検査	採血No.	食後	時間		
貧 血	赤血球		$\times 10^4$ /mm <sup>3</sup>		
	血色素		g/dl		
	ヘマトクリット		%		
白 血 球	白血球		$\times 10^3$ /mm <sup>3</sup>		
血 小 板	血小板		$\times 10^4$ /mm <sup>3</sup>		
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	随時血糖		mg/dl		
	HbA1c		%		
腎 機 能	クレアチニン		mg/dl		
	e-GFR		ml/min/1.73m <sup>2</sup>		
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

数字を○で囲む	1 直接 / 2 間接 0 なし / 1 あり	所見	
胸 部 X 線		判定	胸部 指導区分
胃 検 診 記号を○で囲む	N N2 N3 W Z X		
医 師 の 診 断			
健 診 機 関 名			
健診機関医師氏名 <sup>㊞</sup>			
産 業 医 等 の 意 見 <sup>㊞</sup>			

## 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 (                      )