

令和7年度 健診 血液/尿検査必須項目表

[資料4-1]

	特定健診	ぎふすこやか	社保
中性脂肪	●	●	●
HDL-C	●	●	●
LDL-C	●	●	●
γ-GT(γ-GTP)	●	●	●
AST(GOT)	●	●	●
ALT(GPT)	●	●	●
血糖	●		○
HbA1c	●	●	○
白血球数	▲		
赤血球数	▲	●	▲
血色素量	▲	●	▲
ヘマトクリット	▲	●	▲
血小板	▲		
アルブミン	●	●	
尿酸	●		
クレアチニン	●	●	▲
eGFR	●		▲
尿糖	●	●	●
尿蛋白	●	●	●
尿潜血	●	●	

* スピッツ

生化・血糖

生化・血算・血糖

生化・血糖

3.5時間未満	血糖 選択不可
3.5時間以上 10時間未満	やむを得ない場合には血糖を選択可 (随時血糖)(※)
10時間以上	血糖(空腹時血糖)か HbA1cを選択

(※)メタボリックシンドローム判定においては**血糖検査未実施扱い**となり
判定不能となる場合があるため注意

貧血

実施は、
血算必要

● → 必須項目

▲ → 選択項目