

令和5年度検査項目表

検診機関名 愛川北部病院

| 検査項目(受検コース) | | 1日 | | | | 検査項目(受検コース) | | 1日 | | | |
|-------------|--------------------|-----|---|--|--|-------------|---------------|---------|--|--|--|
| 身体計測 | 身長・体重 | ○ | | | | 腎機能 | 尿素窒素 | ○ | | | |
| | 肥満度(BMI) | ○ | | | | | クレアチニン | ○ | | | |
| | 標準体重 | ○ | | | | | eGFR | | | | |
| | 腹囲測定 | ○ | | | | | NAG(尿) | | | | |
| 眼科検査 | 視力(裸眼・矯正) | ○ | | | | 電解質 | Na・K・Cl・Ca | | | | |
| | 眼圧検査 | | | | | | 中性脂肪 | ○ | | | |
| | 眼底カメラ | ○ | | | | 脂質検査 | 総コレステロール | | | | |
| 聴力 | 左右(1000Hz/4000Hz) | ○ | | | | | HDLコレステロール | ○ | | | |
| | 会話 | | | | | | LDLコレステロール | ○ | | | |
| 肺 | 肺活量実測・1秒量・%肺活量・1秒率 | ○ | | | | | | | | | |
| 循環器 | 血圧測定 | ○ | | | | 糖代謝 | HbA1c | ○ | | | |
| | 安静時心電図12誘導 | ○ | | | | | 空腹血糖 | ○ | | | |
| X線 | 胸部X線CR撮影(2方向) | | | | | | 負荷血糖(1h・2h) | | | | |
| | 胸部X線CR撮影(1方向) | | | | | 生化学 | 総蛋白 | ○ | | | |
| | 食道・胃部・十二指腸X線DR撮影 | | | | | | アルブミン | ○ | | | |
| 超音波 | 腹部(胆嚢・肝臓・腎臓・脾臓・膵臓) | ○ | | | | | A/G比 | | | | |
| | | | | | | | 血清アミラーゼ | | | | |
| 尿検査 | 尿蛋白 | ○ | | | | 血清学 | 尿酸 | ○ | | | |
| | 尿糖 | ○ | | | | | CRP | | | | |
| | 潜血 | ○ | | | | | RPR | ○ | | | |
| | ウロビリノーゲン | | | | | | TPHA | ○ | | | |
| | PH | | | | | | HBs抗原 | ○ | | | |
| | ケトン体 | | | | | | HCV抗体 | ○ | | | |
| | 比重 | | | | | | | | | | |
| | 沈渣 | ○ | | | | | | | | | |
| 便検査 | 潜血反応(1回法) | | | | | その他 | PSA(男性) | 男性 | | | |
| | 潜血反応(2回法) | ○ | | | | | CA125(女性) | | | | |
| 血型 | ABO、Rh | ○ | | | | | 子宮細胞診(頸部) | | | | |
| | | | | | | | 乳房視触診+マンモグラフィ | | | | |
| 液学検査 | 赤血球 | ○ | | | | | 乳房視触診+乳房超音波 | | | | |
| | 白血球 | ○ | | | | | | | | | |
| | ヘモグロビン量 | ○ | | | | | 胸部X-P(直接)2R | ○ | | | |
| | ヘマトクリット値 | ○ | | | | | 胃カメラ | ○ 選択 | | | |
| | MCV | ○ | | | | | 胃X-P(直接) | | | | |
| | MCH | ○ | | | | | | | | | |
| | MCHC | ○ | | | | | | | | | |
| | 血小板数 | ○ | | | | | | | | | |
| | 血沈(1時間値) | | | | | | | | | | |
| | 肝機能検査 | GOT | ○ | | | | | | | | |
| GPT | | ○ | | | | | | | | | |
| γ-GTP | | ○ | | | | | | | | | |
| LDH | | ○ | | | | | | | | | |
| ALP | | ○ | | | | | | | | | |
| 総ビリルビン | | ○ | | | | 医師による診察 | ○ | | | | |
| ZTT | | | | | | 医師による結果説明 | △(採血以外) | | | | |

その他、上記以外で変更・追加等がある場合、下欄に記入