

特定健康診査判定基準

基本的な健診の項目

判定区分		異常を認めず	要指導 (保健指導判定値)	要受診 (受診勧奨判定値)	備考
腹囲測定 (cm)	男	85.0 未満	85.0 以上		
	女	90.0 未満	90.0 以上		
肥満度		25 未満	25 以上		BMI による
血圧 (mmHg)	収縮期	129 以下 かつ	130～139 または	140 以上 または	
	拡張期	84 以下	85～89	90 以上	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 (mg/dl)	149 以下	150～299	300 以上	※ ¹ やむを得ず空腹時以外の採血の場合に可能 ※ ² 中性脂肪が 400 mg/dl 以上又は食後採血の場合 LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロールで評価できる
	※ ¹ 随時中性脂肪 (mg/dl)	174 以下	175～299	300 以上	
	HDL コレステロール (mg/dl)	40 以上	40 未満	—	
	LDL コレステロール (mg/dl)	119 以下	120～139	140 以上	
	※ ² Non-HDL コレステロール (mg/dl)	149 以下	150～169	170 以上	
肝機能検査	AST (GOT) (U/l)	30 以下	31～50	51 以上	
	ALT (GPT) (U/l)	30 以下	31～50	51 以上	
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)	50 以下	51～100	101 以上	
血糖検査 (いずれかの実施)	空腹時血糖 (mg/dl)	99 以下	100～125	126 以上	※やむを得ず空腹時以外の採血で、HbA1c を測定しない場合、食直後(3.5時間未満)を除き可能
	ヘモグロビン A1c (%)	5.5 以下	5.6～6.4	6.5 以上	
	※随時血糖 (mg/dl)	99 以下	100～125	126 以上	
尿検査	尿糖	(-)	(±) 以上		
	尿蛋白	(-) ～ (±)	(+)	(++) 以上	

詳細な健診の項目 (医師の判断に基づき選択的に実施する項目)

貧血検査	赤血球 (10 ⁴ /μl)	男	420 以上	400～419	399 以下		
		女	380 以上	350～379	349 以下		
	血色素 (g/dl)	男	13.1～17.9	12.1～13.0	12.0 以下 (18.0 以上)		
		女	12.1～15.9	11.1～12.0	11.0 以下 (16.0 以上)		
ヘマトクリット (%)	男	39.0 以上	33.0～38.9	32.9 以下			
	女	36.0 以上	30.0～35.9	29.9 以下			
e G F R (ml/min/1.73 m ²)		60 以上	59～45	44 以下			
心電図		0	I	II	III	IV	判定基準は別紙
眼底検査	Scheie分類	H ₀ S ₀	H ₁ S ₀ H ₀ S ₁ H ₁ S ₁	H ₂ S ₀ H ₂ S ₁ H ₀ S ₂ H ₁ S ₂ H ₂ S ₂	H ₃ S ₀₁ H ₃ S ₂ H ₀₂ S ₃₄	H ₄ S ₀₄ H ₃ S ₃₄	判定基準は別紙
		H が 0～1 で出血、白斑(浮腫)がある場合はⅡとするが、S が 3～4 の場合はⅢとする。					
改変 Davis 分類		異常なし			それ以外		

- ・BMI(ボディ・マス・インデックス) 体重(kg) ÷ [身長 (m)]²
- ・判定区分は上記3区分とするが、心電図及び眼底については、「要指導」を「要観察」及び「要指導」に、「要受診」を「要精査」及び「要受診」等に細分化しても差し支えない。