

【町が指定する検査項目】

次に掲げる検査項目をすべて含む人間ドックを受診した方が費用助成対象となります。

項 目	検 査 内 容
問 診 ・ 診 察	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） 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、BMI
血 圧	収縮期血圧、拡張期血圧
肝 機 能 検 査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT（ γ -GPT）
血 中 脂 質 検 査	中性脂肪、HDL コレステロール、 LDL コレステロール（Non-HDL コレステロール）
糖 代 謝 検 査	空腹時血糖または随時血糖、ヘモグロビン A1c
腎 機 能 検 査	血清尿酸、血清クレアチニン
尿 検 査	尿糖、尿蛋白、尿潜血

* 検査結果をご持参いただいた際に、すべての検査項目を受診されているか確認をさせていただきます。

* 上記の検査項目をすべて満たしていない場合には、費用助成の対象外となります。