

# 「健保連人間ドック健診」利用料金等に関する調査

## 説明書・調査項目一覧・Q & A・検査項目一覧

### 1. 本調査について

▽本調査は、「健保連人間ドック健診」の指定を受けて令和 8 年度より実施予定の施設にお送りしております。

令和 3 年度調査より、インターネットを利用した調査専用 WEB サイト上でご回答いただく形式で実施しております。

はじめに、「**4. 調査項目一覧**」にて今回お答えいただく内容を確認してください。次に「**5. 回答方法について**」をご覧ください、パソコンで調査画面 URL にアクセス、施設 ID・パスワードでログインのうえ、ご回答くださいますようお願い申し上げます。なお、調査画面 URL、ログイン時の施設 ID・パスワードについては、別紙またはメールに記載しております「**調査画面 URL、施設 ID・パスワード**」をご参照ください。

ご回答の際は、「**6. よくある質問・Q & A**」(P.14) もご活用ください。

#### <健保連人間ドック健診の参加を取上げる施設のご担当者さま>

▽令和 8 年度において、指定を辞退される施設におかれましては、ご回答いただく必要はありません。健診団体を通じて指定辞退の手続きを行ってください。

なお、既に辞退の手続きがお済みの場合でも、行き違いで調査依頼が届く場合がございます。その際は、お手数ですが破棄していただきますようお願い申し上げます。

#### <基本情報（施設名、所在地等）の変更について>

▽本調査等に記載の貴施設の情報に変更がある場合は、貴施設を指定している健診団体へ「変更届」をご提出ください。健診団体と本会の保有情報の相違を防ぐため、健診団体からの「変更届」に基づき、受診者への公開情報の修正を行っております。

### 2. 回答期限

**令和 8 年 2 月 16 日（月）17 時**

※やむを得ない理由で、調査専用 WEB サイトで回答できない場合や提出が遅れる場合は、健保連保健事業グループ（TEL：03-3403-0947）までご連絡ください。

### 3. お問い合わせ窓口

#### ▽契約内容（検査項目など）に関する内容／基本情報（施設名、所在地、電話番号）の変更や参加の取り下げに関する届出について

貴施設を指定している健診団体

■全国労働衛生団体連合会 TEL：03-5442-5934

#### ▽調査概要・WEB 操作に関する内容について

健康保険組合連合会 TEL：03-3403-0947

### 4. 調査項目一覧

今回の質問項目は以下の通りです。

Q 1 令和 8 年度における本契約の「必須項目」利用料金を税込金額でお答えください。

Q 2 令和 8 年度における本契約の「オプション項目」利用料金を税込金額でお答えください。

- ・ 上部消化管内視鏡
- ・ 乳房診察＋マンモグラフィ
- ・ 乳房診察＋乳腺超音波
- ・ 婦人科診察＋子宮頸部細胞診
- ・ P S A
- ・ H C V 抗体

※令和 8 年 4 月 1 日の年度更新後の料金変更はできません。

Q 3 特定健診部分（質問票含む）の国の定める電子的様式（XML）でのデータ提供料金を税込金額でお答えください。

Q 4 特定保健指導の実施の有無と、実施有の場合は初回面接の同日実施の可否についてお答えください。

Q 5 人間ドック（特定健診項目以外）検査結果データの電子様式での提供の可否と、提供可能な場合、提供可能なデータ形式をお答えください。

Q 6 外国人对応の可否についてお答えください。

Q 7 全国労働衛生団体連合会より提供された健保連人間ドック健診ご担当者様のメールアドレス宛てに依頼しております。また、メールアドレス未回答の担当者様には郵送で依頼しております。次回以降、メールのみでの調査依頼を検討しておりますので、連絡可能なメールアドレスをお答えください。

Q 8 貴施設の人間ドック等を予約する際の電話番号をお答えください。

Q 9 回答された担当者様のお名前をお答えください。

## 5. 回答方法について

### ■推奨動作環境

本調査にはパソコンからの回答をお願いいたします。

本調査の推奨動作環境（OS・ブラウザ）は以下の通りです。

| OS   | ブラウザ                     |
|------|--------------------------|
| 制限なし | <Windows> Microsoft Edge |
|      | Firefox 最新バージョン          |
|      | Google Chrome 最新バージョン    |
|      | <Mac> Safari 最新バージョン     |

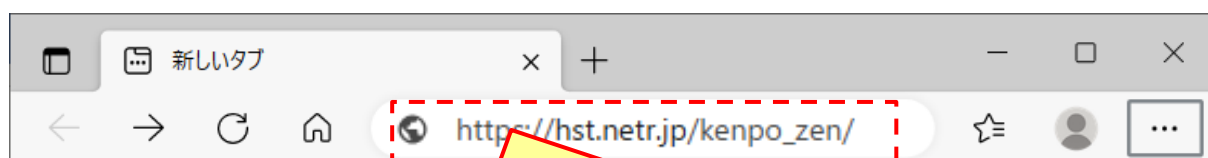
### （１）調査画面へのアクセスについて

Microsoft Edge での回答方法について説明します。開発中の調査画面のため、本番の調査画面と若干異なることがあります。

パソコンで、Microsoft Edge を起動し、アドレスバーに別紙「調査画面 URL、施設 ID・パスワード」記載の以下の調査画面 URL を入力し、「Enter」キーを押してください。

ご加入の健診団体様からのご案内メールからもアクセスいただけます。

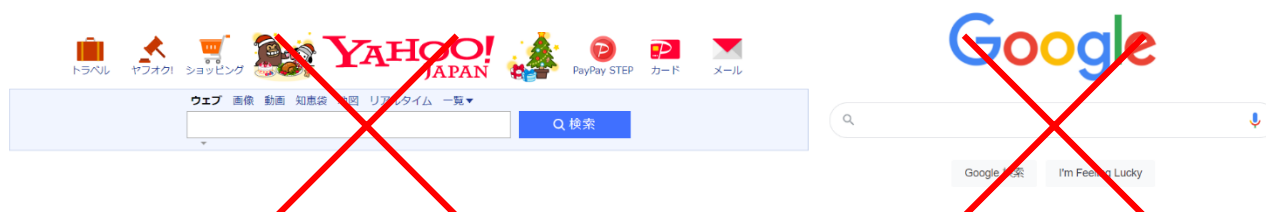
**【調査画面 URL】 [https://hst.netr.jp/kenpo\\_zen/](https://hst.netr.jp/kenpo_zen/)**



**アドレスバーに調査画面 URL**

**([https://hst.netr.jp/kenpo\\_zen/](https://hst.netr.jp/kenpo_zen/)) を入力してください。**

※検索エンジンの検索窓には入れないでください。



## (2) ログイン

別紙「調査画面 URL、施設 ID・パスワード」記載の施設 ID 及びパスワードを入力し、[調査開始] ボタン（**調査開始**）を押してください。

施設IDとパスワードを入力してください。

施設 ID:

パスワード:

注意事項

回答中にブラウザの「戻る」を使用

**施設 ID、パスワードを入力してください。**

**調査開始**

ログイン後、開始ページが表示されますので、「<はじめにお読みください>」をご確認いただき、[開始] ボタン（**開始**）を押して回答をはじめてください。

令和8年度「健保連人間ドック健診」利用料金等に関する調査

アクセスしていただき、ありがとうございます。

＜はじめにお読みください＞

- 本調査は、全国労働衛生団体連合会と健保連で取り交わしている契約書第5条に基づき実施するものです。
- **年度途中の利用料金の変更はできません**のでご注意ください。
- 回答期限は**2月16日(月)17時**まで、設問数は9問となっておりますので、ご回答のほどよろしくお願い申し上げます。

＜留意事項＞

- 複数の方の同時ログインによる回答はできません。
- ブラウザの[戻る][進む][更新]ボタンは使用しないでください。

[開始] ボタンを押し、回答を開始してください。

**開始**

(注1) 複数の方が同時にログインして回答することはできません。

(注2) 回答中はブラウザの標準機能の[戻る] [進む] ボタン（← →）、[更新] ボタン（🔄）は使用しないでください。前ページに戻る場合は、画面下の[戻る] ボタン（**戻る**）を押してください。また、誤って使用してしまった場合は、再度調査画面 URL にアクセスし、施設 ID・パスワードでログインしてください。

(注3) 回答を中断したい場合は、Microsoft Edge を閉じてください。再度調査画面 URL にアクセスし、施設 ID・パスワードでログインすることで、回答途中の設問画面が表示されます。誤って回答途中で Microsoft Edge を閉じてしまった場合も同様です。

### (3) 調査案内

次に調査案内のページが表示されます。

内容をよくお読みいただき、[次のページ] ボタン（ 次のページ ）を押してください。

平素から、本会の標記事業運営につきましては、種々ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本会与貴施設加入の全国労働衛生団体連合会との間で契約を交わしております健保連人間ドック健診事業につきまして、契約書第5条に基づき令和8年度利用料金等の調査を実施いたします。

本調査の実施につきましては、全国労働衛生団体連合会より提供された健保連人間ドック健診ご担当者様のメールアドレス宛てにも依頼しております。また、メールアドレス未回答の担当者様には郵送で依頼しております。

なお、貴施設加入の全国労働衛生団体連合会からも、別途メール等で同様の案内をお送りしています。

ご不明な点等ございましたら、下記問い合わせ窓口までご連絡ください。

【検査項目など契約内容に関するお問い合わせ窓口】

全国労働衛生団体連合会

TEL:03-5442-5934

【調査概要やWEB操作に関するお問い合わせ窓口】

健康保険組合連合会

TEL:03-3403-0947

お問い合わせ窓口は、下記本会ホームページ掲載の「「健保連人間ドック健診」利用料金等に関する調査説明書・調査項目一覧・Q&A」にも記載しております。

令和8年度「健保連人間ドック健診」指定施設における利用料金等調査の開始について

[https://www.kenporen.com/information/2026\\_humandock.shtml](https://www.kenporen.com/information/2026_humandock.shtml)

上記本会ホームページには以下の資料を掲載しています。

「健保連人間ドック健診」利用料金等に関する調査 説明書・調査項目一覧・Q&A

参考1

令和8年度「健保連人間ドック健診」利用料金等調査票

参考2

「健保連人間ドック健診について」  
(申込書・利用者通知書・検査項目表等)

戻る

次のページ

#### (4) 各設問への回答について

各画面の設問に回答されましたら「次のページ」ボタン（**次のページ**）を押して、次の設問にお進みください。

設問ごとに回答における注意事項を記載していますので、必ずご確認ください。

回答できない設問があった場合、仮の回答を入力し次の設問に進んでいただき、最後に表示される回答内容確認画面から、当該回答を確認・修正することができます。

#### Q1 「必須項目」利用料金

「必須項目」利用料金を税込金額でお答えください。金額は半角数字、カンマ（,）なしで入力してください。必須項目については、巻末の検査項目表をご確認ください。

※コロナ禍で一時的に中止している検査項目がある場合には、その検査項目も含めた金額で回答ください。（P14「6. よくある質問・Q&A」のQ1参照）

※年度途中での料金の変更はできませんのでご注意ください。

<令和8年度における本契約の利用料金についてお聞きます。>

**Q1** 令和8年度における本契約の「必須項目」利用料金を税込金額でお答えください。[必須]

(回答は半角数字、カンマ(,)なし)  
※利用者の申し出により実施する「オプション項目」とは切り離し、「必須項目」利用料金(税込)をお答えください。  
※本契約での必須項目は、全ての受診者に実施する検査項目のため、男女共通の料金としてください。また、データ提供にかかる費用は含めずにお答えください。

円(税込)

枠内に金額を半角数字、カンマ(,)なしで入力してください。

戻る

次のページ

## Q2 「オプション項目」利用料金

「オプション項目」のうち、

- ・ 上部消化管内視鏡
- ・ 乳房診察+マンモグラフィ
- ・ 乳房診察+乳腺超音波
- ・ 婦人科診察+子宮頸部細胞診
- ・ PSA

については、実施の有無と、実施している場合は利用料金を税込金額でお答えください。

「オプション項目」のうち、HCV抗体については、利用料金を税込金額でお答えください。

金額はすべて半角数字、カンマ（,）なしで入力してください。

| Q2 令和8年度における本契約の「オプション項目」利用料金を税込金額でお答えください。[必須]                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (回答はそれぞれひとつ、実施している場合は半角数字、カンマ(,)なしで回答)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                              |
| <b>&lt;上部消化管内視鏡&gt;</b><br>※本人および保険者からの申し出があり、X線(バリウム)がない。差額がない場合は「0」円とお答えください。<br>※経口と経鼻で金額が異なる場合は金額が高い方をお答えください。<br>※実施していない場合は「実施していない」をお選びください。                                                                                                                                                                       |                                                                                              |
| <div><input type="radio"/> <input type="text"/> 円 (税込)</div> <div><input type="radio"/> 実施していない</div>                                                                                                                                                                                                                     | <div>実施している場合は、枠内に金額を半角数字、カンマ(,)なしで入力してください。</div> <div>実施していない場合は、「実施していない」を選択してください。</div> |
| <b>&lt;乳房診察+マンモグラフィ&gt;</b><br>※乳房診察の実施体制がない場合、オプション項目として認められておりません。(但し、健診当日、医師の判断のもとであれば乳房診察の省略可。)<br>※2方向を実施している場合、「2方向の利用料金」を選び、利用料金(税込)を記載してください。<br>※1方向のみを実施している場合、「1方向のみの利用料金」を選び、利用料金(税込)を記載してください。<br>※2方向と1方向の双方を実施している場合は、必ず「2方向の利用料金」のみを記載してください(「1方向のみの料金」は記載しないでください)。<br>※どちらも実施していない場合、「実施していない」をお選びください。 |                                                                                              |
| <div><input type="radio"/> 2方向の利用料金<br/><input type="text"/> 円 (税込)</div> <div><input type="radio"/> 1方向のみの利用料金<br/><input type="text"/> 円 (税込)</div> <div><input type="radio"/> 実施していない</div>                                                                                                                            | <div>2方向と1方向の双方を実施している場合は、必ず「2方向の利用料金」のみを記載してください。(「1方向のみの利用料金」は記載しないでください)</div>            |
| <b>&lt;HCV抗体&gt;</b><br>※HCV検査単体の利用料金(税込)を記載してください。0円は入力不可とされております。<br>※厚生労働省の肝炎総合対策に基づき、未実施の場合は、                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |
| <div><input type="text"/> 円 (税込)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <div>枠内に金額を半角数字、カンマ(,)なしで入力してください。</div>                                                     |
| <div><div>戻る</div><div>次のページ</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |

### Q3 データ提供料金

データ提供料金を税込金額でお答えください。金額は半角数字、カンマ（,）なしで入力してください。

選択した内容を解除する場合は、再度選択肢をクリックしてください。

<健診結果データの提供および特定健診・特定保健指導への対応についてお聞きます。>

|           |                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Q3</b> | <b>特定健診部分（質問票含む）の国の定める電子的様式（XML）でのデータ提供料金を税込金額でお答えください。[必須]</b> |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|

※2018年度より、健保組合から要望があった場合に標記XMLデータを提供することは指定施設の必須要件です。

（複数回答可）  
※「無料」、または「件数あたり、CD-R 1枚あたり等の料金は設定していない」を選択した場合は、他の選択肢は選べません。  
※件数あたりの料金を設定している場合は、「件数あたり」に半角数字、カンマ（,）なしで回答してください。件数によってデータ提供料金が異なる場合は最も高い金額をお答えください。  
※CD-R 1枚あたりの料金を設定している場合は、「CD-R 1枚あたり」に半角数字、カンマ（,）なしで回答してください。  
※件数以外の単位（「1人あたり」「1月あたり」「1回の作成あたり」など）でデータ提供料金を設定している場合、CD-R以外の媒体でデータ提供している場合は、「その他」に具体的な内容を回答してください。

☐ 無料

☐ 件数あたり  
 円（税込）／件

☐ CD-R 1枚あたり  
 円（税込）／枚

☐ その他

☐ 件数あたり、CD-R 1枚あたり等の料金は設定していない

データ提供料金を設定している場合は、「件数あたり」「CD-R 1枚あたり」「その他」のいずれかを選択（複数選択可能）し、枠内に金額を半角数字、カンマ（,）なしで入力してください。

#### Q4 特定保健指導実施有無と、初回面接の同日実施可否

特定保健指導の実施の有無と、実施有の場合は初回面接の同日実施の可否についてお答えください。

**Q4**

特定保健指導の実施の有無と、実施有の場合は初回面接の同日実施の可否についてお答えください。  
[必須]

(回答はひとつ)

☐ 実施有、初回面接の同日実施可

☐ 実施有、初回面接の同日実施不可

☐ 実施無

いずれかの選択肢を選択してください。

※2018年4月1日以降、特定健診受診当日に初回面接を分割実施することが可能です。

戻る

次のページ

#### Q5 検査結果データの電子様式での提供可否と、提供可能なデータ形式

人間ドック（特定健診項目以外）検査結果データの電子様式での提供の可否と、提供可能な場合、提供可能なデータ形式をお答えください。

選択した内容を解除する場合は、再度選択肢をクリックしてください。

**Q5**

人間ドック(特定健診項目以外)検査結果データの電子様式での提供の可否と、提供可能な場合、提供可能なデータ形式をお答えください。[必須]

(複数回答可)  
※電子データ以外(例:紙等)で提供されている場合は提供不可とお答えください。

☐ 提供可、XMLで提供

☐ 提供可、CSVで提供

☐ 提供可、Excelで提供

☐ 提供可、その他のデータ形式

☐ 提供不可

提供可能な場合、提供可能なデータ形式を選択してください。  
提供不可の場合は、「提供不可」を選択してください。「提供不可」を選択すると、他の選択肢は選択できないようになります。

戻る

次のページ

## Q 6 外国人対応

外国人対応の可否についてお答えください。

<外国人対応についてお聞きます。>

### Q6 外国人対応の可否についてお答えください。【必須】

(回答はひとつ)

※日本語が話せない外国人(通訳なし)への対応(英語を話せるスタッフを配置している等)が可能かどうかについてお答えください。

☐ 対応可

☐ 対応不可

いずれかの選択肢を選択してください。

戻る

次のページ

## Q 7 連絡先メールアドレス

連絡先メールアドレスをお答えください。

<最後の設問(Q7~Q9)は回答された担当者様の連絡先等についてお聞きます。>

### Q7

毎年ご回答いただいた連絡先メールアドレス宛てに料金調査を依頼しています(メールアドレス未回答の担当者様には郵送で依頼しています)。異動等がございますので、可能な限り複数の人数が確認できる部署またはグループのアドレスをご記入ください。

メールアドレス

\* 半角英数字でご入力ください

連絡先メールアドレスを半角英数字で入力してください。

戻る

次のページ

## Q 8 電話番号

人間ドック等を予約する際の電話番号をお答えください。

### Q8 貴施設の人間ドック等を予約する際の電話番号をお答えください。

電話番号 【必須】

\* 半角数字でご入力ください

電話番号を半角数字で入力してください。

戻る

次のページ

## Q9 担当者氏名

担当者様の氏名をお答えください。

**Q9** 回答された担当者様のお名前をお答えください。

氏名 **[必須]** 姓  名

※照会の際に利用させていただきます。

担当者様の氏名を入力してください。

戻る 次のページ

### (5) 回答結果の確認

最後の設問に回答し、[次のページ] ボタンを押すと、回答結果確認の画面に進みます。

回答内容を修正したい場合は、この画面で「回答を修正する」をクリックすると、各設問の画面で回答内容を修正することができます。回答内容を修正し、[次のページ] ボタンを押すと、回答結果確認画面に戻ります。

**回答結果確認**

<令和8年度における本契約の利用料金についてお聞きます。>

**Q1** 令和8年度における本契約の「**必須項目**」利用料金を税込金額でお答えください。**[必須]**

(回答は半角数字、カンマ(,)なし)  
※利用者の申し出により実施する「オプション項目」とは切り離し、「必須項目」利用料金(税込)をお答えください。  
※本契約での必須項目は、全ての受診者を実施する検査項目のため、男女共通の料金としてください。また、データ提供にかかる費用は含めずにお答えください。

※修正の際は、**最初に必ず**「回答を修正する」をクリックしてください。

**回答を修正する**

**Q9** 回答された担当者様のお名前をお答えください。

氏名 **[必須]** 姓  名

※修正の際は、**最初に必ず**「回答を修正する」をクリックしてください。

**回答を修正する**

入力内容に誤りがなければ、[回答を印刷]してから[回答データを送信]してください。

戻る 回答を印刷 回答データを送信

回答完了後および回答内容修正後には、必ず「回答データを送信」ボタンをクリックしてください。

## (6) 回答内容の出力

回答結果確認画面下部にある「[回答を印刷] ボタン ( **回答を印刷** )」を押すと、回答結果確認画面の内容をプリンタ出力することができます。

今年度の回答状況は、印刷して保存しておいてください。

入力内容に誤りがなければ、[回答を印刷]してから[回答データを送信]してください。

**戻る**   **回答を印刷**   **回答データを送信**

回答完了後および回答内容修正後には、必ず[回答データを送信]ボタンをクリックしてください。

## (7) 回答の完了、回答データの送信（提出）

回答完了後、回答結果確認画面下部にある「[回答データを送信] ボタン ( **回答データを送信** )」を押して、調査完了となります。回答完了後は、必ず回答データの送信を行ってください。

入力内容に誤りがなければ、[回答を印刷]してから[回答データを送信]してください。

**戻る**   **回答を印刷**   **回答データを送信**

回答完了後および回答内容修正後には、必ず[回答データを送信]ボタンをクリックしてください。

(注) 「[回答データを送信] ボタン ( **回答データを送信** )」を押した後、回答データ送信前の確認事項が表示されます。

印刷済み・入力内容に問題がない場合は、[OK]ボタン ( **OK** ) を押してください。回答データが送信されます。

印刷していないまたは入力内容に漏れ誤りがある場合は、[キャンセル]ボタン ( **キャンセル** ) を押し、回答の印刷またはデータ修正を行ってください。

また、回答の印刷またはデータ修正後に、必ず回答データの送信を行ってください。

**rp-hosting.post-survey.com の内容**

**【回答データを送信する前に必ず確認してください】**

- ・回答を印刷しましたか？ 必ず印刷してください。
- ・入力漏れや誤りはございませんか？

※回答期間終了後は入力内容について閲覧や変更をすることはできません。  
「OK」を押すと回答データが送信されます。

**OK**   **キャンセル**

## （８）回答内容の修正、再印刷

回答データ送信（提出）後に、回答内容の修正、回答結果確認画面の印刷漏れがあった場合、再度ログインすることで、回答内容の修正、回答結果確認画面の印刷が可能です。

調査画面 URL にアクセスし、施設 ID・パスワードを入力し、〔調査開始〕 ボタンを押すと以下の画面が表示されます。

〔再回答する〕 ボタン（  ）を押すと、回答結果確認画面が表示されますので、「（５）回答結果の確認」記載の手順にしたがい、回答内容の修正、回答結果確認画面のプリント出力を行うことができます。

なお、〔再回答する〕ボタンを押した場合は修正の有無に関わらず、必ず〔回答データを送信〕ボタンを押してください。

## 6. よくある質問・Q&A

### 「必須項目」利用料金について

- Q 1. 必須の健診項目において、コロナウイルス感染拡大予防措置として、一時的に検査を休止している項目があります。(例：呼吸機能検査等)
- A 1. 状況が改善したり、受診者が希望された場合には実施できる体制を整えていただく必要があるため、休止している項目を含めた金額でご回答ください。

### 「オプション項目」利用料金について

- Q 2. 上部消化管内視鏡を必須項目として設定している場合の回答方法は？
- A 2. 契約上、X 線検査を必須項目としているため、上部消化管内視鏡はオプション項目として回答してください。なお、本人及び保険者からの申し出があった場合のみ、オプション料金を加算することができます。
- Q 3. 乳房診察を実施せずに、マンモグラフィ・乳腺超音波を単独で行っている場合の回答方法は？
- A 3. 契約上、乳房診察の実施体制がない場合には、マンモグラフィ・乳腺超音波ともに、オプションとして設定することができません。(アンケートでは「実施していない」を選択ください。)但し、乳房診察については、健診当日、医師の判断の下であれば省略することができます。
- Q 4. 設問以外のオプション(例えば、乳房診察+マンモグラフィ+乳腺超音波)を設けたいのだが？
- A 4. 健保連人間ドックは、検査項目を一律に設定しているため、契約以外のオプションは実施することができません。オプションとして回答する場合は、乳房診察+マンモグラフィまたは乳房診察+乳腺超音波としてください。
- Q 5. オプションの子宮頸部細胞診は、頸腔エコーを含むのか？
- A 5. 契約上、頸腔エコーを含むことはできません。
- Q 6. H C V 抗体検査は必須項目に含んでいるため、個別に料金を設定していないのだが？
- A 6. 契約上、H C V 抗体検査(※)はオプション項目であるため、必須項目には含めずに料金設定をしてください(0円は入力不可)。※厚生労働省の肝炎総合対策に基づき、未実施の場合は、実施を推奨しております。

### その他

- Q 7. 郵送された住所・施設名が誤っているので変更したい。
- A 7. 貴施設を指定している健診団体へ「変更届」をご提出ください。  
(健診団体と健保連の保有情報の相違を防ぐため、健診団体から健保連に送られてくる「変更届」に基づいて、受診者への公開情報の修正を行います。)
- Q 8. 税込金額の計算について
- A 8. 円未満の端数については切り上げ・切捨て・四捨五入を可としています。

契約書第2条に基づき定める

## 令和8年度 健保連人間ドック健診検査項目表

|      | 区分     | 項 目                               | 備 考                                                         |
|------|--------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 必須項目 | 身体計測   | 身長                                |                                                             |
|      |        | 体重                                |                                                             |
|      |        | 肥満度                               | 削除可                                                         |
|      |        | B M I                             |                                                             |
|      |        | 腹囲                                |                                                             |
|      | 生 理    | 血 圧 測 定                           | 原則2回測定値と平均値                                                 |
|      |        | 心 電 図                             |                                                             |
|      |        | 心 拍 数                             |                                                             |
|      |        | 眼 底                               | 両眼撮り                                                        |
|      |        | 眼 圧                               |                                                             |
|      |        | 視 力                               |                                                             |
|      |        | 聴 力                               | 簡易聴力                                                        |
|      |        | 呼 吸 機 能                           | 1秒率、%肺活量、%1秒量（対標準1秒量）                                       |
|      | X線・超音波 | 胸 部 X 線                           | 2方向                                                         |
|      |        | 上 部 消 化 管 X 線                     | 食道・胃・十二指腸。4ツ切等8枚以上 *1                                       |
|      |        | 腹 部 超 音 波                         | 検査対象臓器は肝臓（脾臓を含む）・胆のう・膵臓・腎臓・腹部大動脈とする。但し、膵臓検出できない時はその旨記載すること。 |
|      | 生 化 学  | 総 蛋 白                             |                                                             |
|      |        | ア ル ブ ミ ン                         |                                                             |
|      |        | ク レ ア チ ニ ン                       |                                                             |
|      |        | e G F R                           |                                                             |
|      |        | 尿 酸                               |                                                             |
|      |        | 総 コ レ ス テ ロ ー ル                   |                                                             |
|      |        | H D L コ レ ス テ ロ ー ル               |                                                             |
|      |        | L D L コ レ ス テ ロ ー ル               |                                                             |
|      |        | Non-H D L コ レ ス テ ロ ー ル           |                                                             |
|      |        | 中 性 脂 肪                           |                                                             |
|      |        | 総 ビ リ ル ビ ン                       |                                                             |
|      |        | A S T ( G O T )                   |                                                             |
|      |        | A L T ( G P T )                   |                                                             |
|      |        | $\gamma$ -G T ( $\gamma$ -G T P ) |                                                             |
|      |        | A L P                             |                                                             |
|      |        | 血 糖 ( 空 腹 時 )                     |                                                             |
|      |        | H b A 1 c                         |                                                             |

|         | 区分                        | 項 目                 | 備 考                                                                                                         |
|---------|---------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必須項目    | 血液学                       | 赤 血 球               |                                                                                                             |
|         |                           | 白 血 球               |                                                                                                             |
|         |                           | 血 色 素               |                                                                                                             |
|         |                           | ヘ マ ト ク リ ッ ト       |                                                                                                             |
|         |                           | M C V               |                                                                                                             |
|         |                           | M C H               |                                                                                                             |
|         |                           | M C H C             |                                                                                                             |
|         |                           | 血 小 板 数             |                                                                                                             |
|         | 血清学                       | C R P               | 定量法                                                                                                         |
|         |                           | 血 液 型 ( A B O R h ) | 本人の申し出により省略可                                                                                                |
|         |                           | H B s 抗 原           | 本人の申し出により省略可                                                                                                |
|         | 尿                         | 尿 一 般 ・ 沈 渣         | 蛋白・尿糖・潜血など。沈渣は、蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可                                                                            |
|         | 便                         | 潜 血                 | 免疫法で実施(2日法)                                                                                                 |
|         | 問診・診察                     | 医 療 面 接 ( 問 診 )     | 医療職が担うこと（原則、医師・保健師・看護師とする）。問診票（質問票）は、特定健診対象者には特定健診質問票22項目を含むこと。                                             |
|         |                           | 医 師 診 察             | 胸部聴診、頸部・腹部触診など。 *2                                                                                          |
|         | 判定・指導                     | 結 果 説 明             | 医師が担うこと。<br>受診勧奨、結果報告書、特定健康診査対象者には情報提供 *2                                                                   |
|         |                           | 保 健 指 導             | 医療職が担うこと（実施者は「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4.2版）」に準ずること。医師の結果説明の間での実施可とする）。<br>受診勧奨、結果報告書、特定健康診査対象者には情報提供 *2 |
| オプション項目 | 上 部 消 化 管 内 視 鏡           |                     | *3                                                                                                          |
|         | 乳 房 診 察 + マ ン モ グ ラ フ ィ   |                     | 乳房診察は医師の判断により省略することも可。                                                                                      |
|         | 乳 房 診 察 + 乳 腺 超 音 波       |                     |                                                                                                             |
|         | 婦 人 科 診 察 + 子 宮 頸 部 細 胞 診 |                     | 検体採取は医師が実施すること。                                                                                             |
|         | P S A                     |                     |                                                                                                             |
|         | H C V 抗 体                 |                     | *4                                                                                                          |

\*1 X線検査を基本とする。本人及び保険者から内視鏡検査の申し出があった場合は、オプション項目に掲げる金額を加算し実施する。

\*2 診察・説明・指導は、施設の実状を踏まえた効率的な運用を認める。なお、原則として医師による診察と結果説明は別々に行うこと。

\*3 内視鏡検査を行う際は、別途、十分な説明のもとに本人から文書同意を取得すること。原則、鎮痛薬・鎮静薬は使用しない。

\*4 厚労省の肝炎総合対策に基づき、未実施の場合は実施を推奨する。

<補足>本契約に含まれない検査の実施は、契約外の取扱いとなりますので、費用、支払方法などは健保組合および受診者にご相談ください。