令和7年度 ドック・一般健診 健診項目

○：必須項目
▲：いずれかの項目の実施でも可
■：医師の判断に基づき選択的に実施

別紙 2

ENEOSグループ健康保険組合

	区分	項目	被保険者		被扶養者・任意継続			
			事業所定期健診受託人間ドック(Aコース)	人間ドック(Bコース)	人間ドック（契約健診機関、または契約外健診機関）	**契約**健診機関一般健診	**契約外**健診機関一般健診	全国巡回健診（女性専用）
健診項目	身体計測	身長	○	○	○	○	○	○
		体重	○	○	○	○	○	○
		ＢＭＩ	○	○	○	○	○	○
		腹囲	○	○	○	○	○	○
		肥満度	○	○	○	—	—	—
	生理	血圧測定	○	○	○	○	○	○
		心電図	○	○	○	○	■	○
		心拍数	○	○	○	—	—	—
		眼底	○	○	○	—	■	○
		眼圧	○	○	○	—	—	—
		視力	○	○	○	—	—	—
		聴力	○	○	○	—	—	—
		呼吸機能	○	○	○	—	—	—
	超音波・X線	胸部Ｘ線	○	○	○	任意検査	任意検査	—
		上部消化管Ｘ線 ※内視鏡検査に変更可だが、細胞診検査は対象外	○	○	○	任意検査	オプション検査 ※注2	○ ※内視鏡に変更不可
		腹部超音波	○	○	○	—	—	オプション検査
	生化学	ＡＳＴ（GOT）	○	○	○	○	○	○
		ＡＬＴ（GPT）	○	○	○	○	○	○
		γ－ＧＴ（γ-GTP）	○	○	○	○	○	○
		中性脂肪（TG）	○	○	○	○	○	○
		ＨＤＬコレステロール（HDL-C）	○	○	○	○	○	○
		ＬＤＬ コレステロール（LDL-C）	○	○	○	○	○	○
		総コレステロール（TC）	○	○	○	—	—	○
		Non-ＨＤＬコレステロール	○	○	○	—	（○）※注１	○
		総ビリルビン	○	○	○	—	—	○
		ＡＬＰ	○	○	○	—	—	—
		総蛋白（TP）	○	○	○	—	—	○
		アルブミン（Alb）	○	○	○	—	—	○
		クレアチニン（Cre、Scr）	○	○	○	—	■	○
		推算GFR値（eGFR）	○	○	○	—	（■）	—
		尿酸（UA）	○	○	○	—	—	○
		ＨｂＡｌｃ	○	○	○	▲	▲	▲
		血糖(空腹時)	○	○	○			
		随時血糖	—	—	—			
		尿素窒素（BUN）	—	—	—	—	—	○
		血清鉄	—	—	—	—	—	○
	血液学	白血球（WBC）	○	○	○	○	—	○
		赤血球（RBC）	○	○	○	○	■	○
		血色素（Hb）	○	○	○	○		○
		ヘマトクリット（Ht）	○	○	○	—		○
		ＭＣＶ	○	○	○	—	—	○
		ＭＣＨ	○	○	○	—	—	○
		ＭＣＨＣ	○	○	○	—	—	○
		血小板数（Plt）	○	○	○	—	—	○
	血清学	ＣＲＰ	○	○	○	—	—	—
		血液型　※本人の申し出により省略可	○	○	○	—	—	—
		ＨＢｓ抗原　※本人の申し出により省略可	○	○	○	—	—	オプション検査
	尿	尿一般(潜血など)・沈渣	○	○	○	○	—	○
		尿糖	○	○	○	○	○	○
		尿蛋白	○	○	○	○	○	○
	便	便潜血	○	○	○	任意検査	オプション検査 ※注2	○
	オプション項目	乳がん検診(マンモ、エコー検査)	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査 マンモ、もしくはエコー どちらか一つを選択	オプション検査	任意検査 マンモ、もしくはエコー どちらか一つを選択
		子宮頸がん検診(細胞診、HPV検査)	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査	オプション検査	任意検査 細胞診、もしくはHPV どちらか一つを選択
		ＰＳＡ（前立腺がん検査）	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査	オプション検査	—
	問診・診察	医療面接	○	○	○	○	○	○
		医師診察	○	○	○	○	○	○
	判定・指導	結果説明	○	○	○	○	○	○
		保健指導	○	○	○	○	○	○
注意事項		**【オプション検査とは】** 検査費用を自己負担することで追加できる検査です ※ただし**婦人科検診**の場合、受診当日に検査費用を全額窓口で支払い、検診内容の証明ができる場合は、補助金額の上限まで費用補助が可能です **【任意検査とは】** ・希望する方のみ実施できる検査です ・費用の自己負担はありません	**【婦人科検診】** ・下記のように検査を組合わせて同時に実施することも可能ですが、補助金額を超過した検査費用については自己負担になります ・**乳がん検診**　：マンモグラフィー＋乳腺エコー ・**子宮頸がん検診**：細胞診＋HPV検査 【前立腺がん(PSA)検査】 ・健保費用補助上限以内であれば、補助対象です			**※注１** 下記の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールでの評価が可能です ・中性脂肪が400mg/dl以上 ・食後採血の場合 ※注２ 補助上限30,000円以内の場合、自己負担なしです。	・例年、有効性を確認しながら検査項目を見直しているため、検査内容が変更になる場合があります ・胸部レントゲン検査は未導入です