Ｄ－３
（様式２）

令和６年度健康診査委託料見積書

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合
　広域連合長　足立　信也　殿

〒
実施機関住所
実施機関名
開設者名　　印
電話番号

集団（巡回）・一括（施設）方式健康診査委託料単価（１人当たり）

円

※　上記金額は消費税を含む

個別方式健康診査委託料単価（１人当たり）

円

※　上記金額は消費税を含む

健診等内容表

<table>
<tr><th>区　分</th><th colspan="2">内　　容</th></tr>
<tr><td rowspan="7">診察等</td><td colspan="2">健康状態の調査(認知機能及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)</td></tr>
<tr><td colspan="2">自覚症状及び他覚症状の検査</td></tr>
<tr><td rowspan="3">身体計測</td><td>身　　長</td></tr>
<tr><td>体　　重</td></tr>
<tr><td>B　M　I</td></tr>
<tr><td rowspan="2">血圧測定</td><td>収縮期血圧</td></tr>
<tr><td>拡張期血圧</td></tr>
<tr><td rowspan="12">血液検査</td><td rowspan="4">脂　　質</td><td>空腹時中性脂肪（又は随時中性脂肪）</td></tr>
<tr><td>HDLーコレステロール</td></tr>
<tr><td>LDLーコレステロール</td></tr>
<tr><td>(Non-HDL コレステロール)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">肝 機 能</td><td>AST（GOT）</td></tr>
<tr><td>ALT（GPT）</td></tr>
<tr><td>γ-GT（γ-GTP）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">血　　糖</td><td>空腹時または随時血糖</td></tr>
<tr><td>ヘモグロビン A1c</td></tr>
<tr><td>腎 機 能</td><td>血清クレアチニン及び eGFR</td></tr>
<tr><td>栄養状態</td><td>血清アルブミン</td></tr>
<tr><td rowspan="2">尿検査</td><td colspan="2">糖</td></tr>
<tr><td colspan="2">蛋白</td></tr>
</table>

※　実施機関は、健康診査終了後速やかに、健康診査結果通知表を作成し、受診者に通知する。なお、通知に当たっては、健康診査結果通知表と併せて、受診者が、自らの健康状態を自覚し、生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供するものとする。

※　空腹時中性脂肪であることを明らかにすること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査をすることができる。なお、空腹時とは、絶食 10 時間以上とする。

※　中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロールの値を用いて評価することができる。ただし、LDL コレステロールの直接測定法も可。

※　血糖検査は、空腹時血糖での検査を基本とするが、健診実施前に食事摂取等により食後 10 時間以上の時間経過が確保できず、空腹時血糖が測定できない場合は、随時血糖を選択すること。

ヘモグロビン A1c は、上記血糖値検査に加えて令和 3 年度から全員実施の項目である。

※　血液検査の腎機能及び栄養状態については、血清クレアチニン（eGFR を含む）及び血清アルブミンを全員実施の項目とし、請求データは「追加健診」で記載する。