

平成24年1月18日

社団法人 全日本病院協会

日帰り人間ドック実施指定施設 各位

社団法人 全日本病院協会

人間ドック委員会

委員長 西 昂

### 平成24年度日帰り人間ドック検査項目表の改定について

平素より人間ドックの運営につきましては、格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、健康保険組合連合会と当協会ほか関係団体により、平成24年度日帰り人間ドック基本検査項目表について協議をした結果、下記の内容で改定することとなりましたのでご報告申し上げます。つきましては同封資料をご確認のうえ、お取り計らいのほどよろしくお願い申し上げます。

尚、健康保険組合連合会の平成24年度料金等調査については1月下旬に実施されますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

### 記

#### 1. 改定内容

同封の「日帰り人間ドック検査項目表 新旧対照表」をご確認ください。

#### 2. 同封資料

○日帰り人間ドック検査項目表 新旧対照表

○平成24年度 日帰り人間ドック検査項目表

以上

日帰り人間ドック検査項目表 新旧対照表

	新(平成 24 年度)	旧(平成 23 年度)
基本検査項目	血液型 (A B O) : 本人の申し出により省略可	血液型 (A B O) : 初回のみ必須
	血液型 (R h) : 本人の申し出により省略可	血液型 (R h) : 初回のみ必須
	梅毒反応 : 本人の申し出により省略可 ※梅毒脂質抗原使用検査	梅毒反応 : 希望者のみ (梅毒脂質抗原使用検査)
	HB s 抗原 : 本人の申し出により省略可	HB s 抗原 : 希望者のみ
	内科 : 胸部聴診、腹部触診等	内科
オプション検査項目	【全施設で実施】 : ★H C V 抗体	★H C V 抗体
	【対応施設で実施】 : ★乳房触診+乳房画像診断	★乳房触診+乳房画像診断(マンモグラフィ・超音波検査)
	【対応施設で実施】 : ★婦人科診察+子宮頸部細胞診 (医師による)	-
	【対応施設で実施】 : ★P S A 検査	★P S A (5 0 歳以上の男性に)
	-	★CT による内臓脂肪面積計測
	-	★空腹時インスリン濃度
	検査項目を「基本検査項目」と「オプション検査項目」に区分。	

【留意事項】

- 日帰り人間ドック、一泊人間ドックに関する契約書および協定書は変更点がないことから、契約書第 13 条により、契約更新を行うこととします。
- 日帰り人間ドック、一泊人間ドック基本検査項目「血液型 (A B O)」、「血液型 (R h)」、「梅毒反応」、「HB s 抗原」の備考欄が「本人の申し出により省略可」となったことについて、上記検査を本人の申し出により省略した場合は受診者の権利放棄となるため、そのことによる基本検査項目料金の変更 (返金・値引き等) はありません。

平成24年度 日帰り人間ドック検査項目表

	区分	検査項目	備考	
基本検査項目	身体計測	身体肥満 B M	長重量 I 囲	
	生理	血圧測定 心電拍 眼底検査 眼圧検査 視力検査 聴力検査 呼吸機能検査	定回数検査 両眼撮り 簡易聴力 1秒率、%肺活量、%1秒量（対標準1秒量）	
	X線・超音波	胸部X線 上部消化管X線 腹部超音波	線* 2方向（デジタル画像も可） 食道・胃・十二指腸。4ツ切等8枚以上（デジタル画像も可） 発泡剤、鎮痙剤、下剤の使用は任意とする 検査対象臓器は胆のう・肝臓（脾臓を含む）・膵臓・腎臓とする 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 尿酸 総コレステロール HDLコレステロール LDLコレステロール 中性脂肪 総ビリルビン AST (GOT) ALT (GPT) γ-GT (γ-GTP) ALP 血糖 (空腹時) HbA1c	白ニン 酸ル ルル 肪ン P c	直接法とする（Friedewaldの計算式による算出でも可）
	血液学	赤白血球 ヘマトクリット 血小板 MCV MCH MCHC	球素 ト数 V H C	
	血清学	C型肝炎 (A B O) 血液型 (Rh) 梅毒反応 Hbs 抗体	P h) 応原	本人の申し出により省略可 本人の申し出により省略可 本人の申し出により省略可 本人の申し出により省略可 ※梅毒脂質抗原使用検査
	尿	蛋白 P 尿沈 潜 比	白H 糖 渣 血 重	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回法)
	問診・診察	内	科	胸部聴診、腹部触診等
		情報提供		特定健診情報提供を含む
	質問票		特定健診質問票2項目を含む	
	説明、教育、指導			
オプション検査項目	【全施設で実施】 ★HCV抗体 【対応施設で実施】 ★乳房触診+乳房画像診断 ★婦人科診察+子宮頸部細胞診(医師による) ★PSA検査			
* 原則としてX線検査とする。本人からX線検査が困難との申し出があり医師が必要と認めた場合、内視鏡検査に変更することも可				