

別 添

健診検査項目の保健指導判定区分

項 目	保健指導判定値	受診勧奨判定値	受診勧奨フォロー対象判定値	単位	備考
血圧（収縮期）	130 以上	140 以上	180 以上	mmHg	
血圧（拡張期）	85 以上	90 以上	110 以上	mmHg	
中性脂肪	150 以上	300 以上	500 以上	mg/dl	
HDL コレステロール	39 以下	34 以下	30 以下	mg/dl	
LDL コレステロール	120 以上	140 以上	180 以上	mg/dl	★200 以上・180 以上かつ家族歴早発性該当者は紹介状発行
Non-HDL コレステロール	150 以上	170 以上	230 以上	mg/dl	
空腹時血糖・随時血糖	100 以上	126 以上	200 以上	mg/dl	
尿糖			+++		
ヘモグロビン A1c (NGSP)	5.6 以上	6.5 以上	8.0 以上★	%	★必要に応じて紹介状発行
AST (GOT)	31 以上	51 以上	100 以上	U/l	
ALT (GPT)	31 以上	51 以上	100 以上	U/l	
γ-GT (γ-GTP)	51 以上	101 以上	300 以上	U/l	
血色素量 (ヘモグロビン値)	男性	13.0 未満	12.0 未満	8.0 未満	g/dl
	女性	12.0 未満	11.0 未満	8.0 未満	
尿たんぱく			+++		
GFR			(70 歳以上) 40 未満★ (40~70 歳) 50 未満★ (40 歳未満) 60 未満★		★必要に応じて紹介状発行
血清尿酸	7.1 以上	8.0 以上	9.0 以上	mg/dl	
心電図検査	要指導	要医療★			★必要に応じて紹介状発行
医師診察			脈不整★		★必要に応じて紹介状発行

※保健指導判定値・受診勧奨判定値については、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」より引用

※受診勧奨フォロー対象判定値基準については、熊取町独自に設定
集団特定健診結果に★をつける。