

別冊 1

**令和 7 年度盛岡市国民健康保険特定健康診査・
後期高齢者健康診査関係資料**

I. 盛岡市国民健康保険特定健康診査・・・ 1 ～ 22 ページ

II. 後期高齢者健康診査・・・・・・・・・・ 23 ～ 30 ページ

参考資料（健診フロー）・・・・・・・・・・ 31 ～ 32 ページ

盛岡市医師会・盛岡市

令和 7 年度盛岡市国民健康保険特定健康診査実施要領

1 目的

内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容

2 対象者

特定健康診査（以下「特定健診」）の対象者は、盛岡市国民健康保険（以下「市国保」）の加入者であって、当該年度末までに 40 歳以上 75 歳未満の者。

次のいずれかに該当する者は、対象者から除くものとする。

- (1) 妊産婦
- (2) 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- (3) 国内に住所を有しない者
- (4) 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者と同等の状態にある者
- (5) 病院又は診療所に 6 月以上継続して入院している者
- (6) 高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条第 1 項第 2 号から第 5 号までに規定する施設に入所又は入居している者
(障害者支援施設・養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・介護保険施設など)
- (7) 令和 7 年度に特定健診又は特定健診に相当する健康診査を既に受診した者
- (8) 令和 7 年度に市国保の助成対象となる人間ドックを既に受診した者

※生活習慣病で治療中の受診者の取り扱い

市国保特定健診は、生活習慣病で服薬治療中であっても健診を実施可能。

3 実施回数

同一人について、年 1 回とする。

4 実施機関

盛岡市医師会の集合契約参加医療機関

5 実施期間

令和 7 年 6 月 24 日（火）から 10 月 31 日（金）までとする。

6 受診申し込み

受診希望者は、マイナンバーカード(マイナ保険証)、国民健康保険被保険者証及び資格確認書のいずれかと、特定健診受診券（令和 6 年度に引き続き成人検診・後期高齢者健診と一体化したもの）を持参し、実施機関の窓口で申し込むものとする。

7 受診券の取扱い及び受診者の報告

実施機関は、受診券を窓口で回収せず、成人検診と同様に国保特定健診欄に検査日、医療機関名を押印する。

なお、受診券は三つ折りはがきとなっているが、そのうち、右側下の「国民健康保険特定健康診査受診券（市保存用）」を切り取り、市医師会事務局に提出すること。

その際、上記受診券（市保存用）の記載欄には受診日、実施機関名及び機関番号を明記する（ゴム印可）。提出は、医師会が指定する期日までに行うこととする。

8 診査項目

(1)項目

区分		内容	
特定健診	基本的な健診の項目 (全員に実施)	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
		自覚症状及び他覚症状の検査	
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			B M I
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪 (空腹時または随時※2)
			H D L - コレステロール
			L D L - コレステロール
		肝機能検査※3	A S T (G O T)
			A L T (G P T)
			γ - G T (γ - G T P)
		血糖検査	ヘモグロビン A 1 c
		尿検査※4	糖
			蛋白
	詳細な健診の項目※5 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
		心電図検査	
		クレアチニン検査 (e G F R 値による腎機能評価含む)	
		眼底検査	
盛岡市独自の追加健診項目※6 (全員に実施)	貧血検査	赤血球数	
		血色素量	
		ヘマトクリット値	
	心電図検査		
	クレアチニン (e G F R 値による腎機能評価含む) 、尿酸、血糖 (空腹時又は随時※7)		

※1 特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第3条に基づく必要な情報を提供するものとする。

※2 随時中性脂肪は、「やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合、随時中性脂肪により脂質検査を行った際に検査結果と見なす。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上とする。」としている。(令和6年度より変更)

※3 肝機能検査の検査項目については、実施基準の改正に伴い、令和6年度より「アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (A S T)」、「アラニンアミノトランスフェラーゼ (A L T)」、「ガンマグルタミルトランスフェラーゼ (γ - G T)」に変更する。

※4 生理中の女性や腎疾患等の基礎疾患のため排尿障害を有している者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の

項目については全て実施すること。この場合、医師の判断の欄に理由を記載すること。

※5 詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、国保連合会に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

※6 盛岡市独自の追加健診項目を、詳細な健診の項目として同一検査を実施した場合は、詳細な健診の項目として実施したものとする。

※7 やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことができる。

（2）健診に係る注意事項

ア 特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果に加えて、受診者が自らの健康状態を自覚し、健康な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こととする。

イ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、ヘモグロビン A1c（NGSP 値）検査を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことができる。

ウ 生理中の女性及び腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者の尿検査に限り、検査不能として実施を行わない項目が生じることを認める。この場合、医師の判断の欄に理由を記載することとする。

その他の項目については、全て実施することとする。

エ 詳細な健診の実施基準

次の（ア）から（イ）に該当する場合、医師の判断により、該当する検査項目を「詳細な健診の項目」として実施することとする。（貧血・心電図・クレアチニン検査（eGFR 値含む）については、「詳細な健診の項目」として実施しない場合でも、「追加項目」として必須実施すること。）

（ア）貧血検査

貧血の既往歴を有する者、視診等で貧血が疑われる者で、かつ医師が必要と認める場合

（イ）心電図検査

令和 7 年度の検査結果において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上、または問診等で不整脈が疑われる者で、かつ医師が必要と認める場合に「詳細な健診の項目」として実施する。

※ 心電図検査の実施日は健診当日。

(ウ) 眼底検査

令和7年度の検査結果において、血糖または血圧が次の基準に該当する者（ただし、当年度の検査結果において、血圧の基準に該当しない場合であっても、血糖検査の結果について確認することができない時は、令和6年度の検査結果において血糖が次の基準に該当する者を含む。）で、かつ医師が必要と認める場合。

血糖	空腹時血糖（随時） 126mg/dL以上または HbA1c6.5%(NGSP値)以上
血圧	収縮期 140mmHg以上 または 拡張期 90mmHg以上

※やむを得ず空腹時以外に採血行う場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことができ、また詳細項目の基準にできる。

※眼底検査の実施日は健診当日から1か月以内。

※眼底検査は「詳細な健診の項目」に該当した場合のみ実施。

※眼底検査は医師が必要と認め、「詳細な健診の項目」に該当した場合のみ実施。血糖及び血圧の数値が基準に達したとしても、医師が必要と認めない場合は実施しない。

また、眼底検査の実施方法（再委託を含む）は次のとおりとする。

【眼底検査実施方法】

a 眼底検査実施機関で特定健康診査を実施した場合

受診者の検査結果が上記の血糖・血圧の基準値を超え医師が必要と認めた場合には当該機関で眼底検査を実施する。

なお、血圧については検査当日に数値を確認できるが、血糖値については検査当日に結果を確認することが困難であると思われるため、特定健診受診券に前年度の血糖値検査結果による基準該当の有無を記載することとし、これを参照した上で医師が判断を行うこととする。

b 眼底検査非実施機関で特定健康診査を実施した場合

眼底検査非実施機関において、受診者の検査結果が上記の血糖・血圧の基準値を超え医師が必要と認めた場合（基準値についての考え方は(ア)と同様）には、別紙資料1～4のとおり、次の眼底検査（再委託）実施機関に眼底検査を再委託し実施する。

※眼底検査の再委託を実施できるのは盛岡市国民健康保険の対象者のみ。過去に後期高齢者医療等の他保険加入者の利用があったため留意すること。

なお、a・b共に眼底検査実施機関の受入れ体制等により特定健康診査当日から一か月以内の実施が難しい場合は受診勧奨のみとする。

【眼底検査（再委託）実施機関一覧】

	実施機関名	郵便番号	所在地	電話番号
1	小笠原眼科クリニック	020-0114	高松 3-10-12	662-3223
2	加藤アイクリニック	020-0011	三ツ割 5-7-11	665-0020
3	川久保病院	020-0835	津志田 26-30-1	635-1305
4	映画館通りキザワ眼科	020-0024	菜園 1-12-18	613-2377
5	近藤眼科医院	020-0875	清水町 4-30	622-2509
6	せいの眼科クリニック	020-0871	中ノ橋通 1-4-20 水晶堂ビル 3 階	622-9595
7	たかはし眼科	020-0866	本宮字小坂小瀬 13-1	656-3366
8	谷藤眼科医院	020-0127	前九年 2-2-38	646-2227
9	つしだ糖尿病内科・眼科クリ ニク	020-0835	津志田 15-50-1	681-8541
10	ちあき眼科クリニック	020-0004	山岸 2-9-25	606-3210
11	都南眼科	020-0834	永井 23-7-2	637-8805
12	新津あさくら眼科クリニック	020-0885	紺屋町 2-1	624-1068
13	はしもと眼科クリニック	020-0133	青山 2-23-21	648-3000
14	むらた眼科クリニック	020-0122	みたけ 5-8-30	648-8571
15	森眼科クリニック	020-0034	盛岡駅前通 10-22	604-1150

【眼底検査依頼書の流れ】

- ① 特定健診実施機関は、必要事項を記載し、眼底検査依頼書（以下「依頼書」）（4 枚）を受診者に渡す。
- ② 眼底検査実施機関は受診者から依頼書（4 枚）を受け取り、眼底検査結果等を記載し、依頼書－1 を自院で保管する。※依頼書記載の際は、右下記載欄に眼底検査を実施した側の眼（右・左）を記載する。
- ③ ②の他、依頼書－4 は受診者へ交付し結果説明をする。また、依頼書－2、3 を特定健診実施機関へ送付する。
- ④ 依頼書－2 は特定健診実施機関が保管する。
- ⑤ 依頼書－3 は、7 のとおり特定健診実施機関が受診券を市医師会事務局に提出する際に合わせて提出することとする。

(エ) クレアチニン検査（eGFR 値による腎機能評価含む）

令和 7 年度の検査結果において、血糖又は血圧が次の基準に該当した者で、かつ医師が必要と認める場合。

血糖	空腹時（随時）血糖 100m g /dL 以上又は HbA1c (NGSP 値)5.6%以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上 又は 拡張期 85mmHg 以上

※ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、ヘモグロビン A1c (NGSP 値) 検査を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことができ、また詳細項目の基準にできる。

なお、実施の際は岩手県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」）に送付する結果データにおいて、実施理由（文字入力）が必要となる。複数の検査項目に対して一括した理由ではなく、対象者に合わせた理由を記載すること。

また、心電図、眼底及びクレアチニン検査については対象者の別（詳細健診該当による実施か否かについてコード入力）も併せて入力すること。

＜実施理由の記載例＞

		検査項目			
		貧血	心電図	眼底	クレアチニン
理 由	前年度結果による（血糖）	×	×	○	×
	当年度検査結果による	○	○	○	○
	診察結果による	○	○	×	×
	質問票の回答	○	○	×	×
	既往歴あり	○	○	×	×
	一律実施だから	×	×	×	×
	必須項目だから	×	×	×	×
	盛岡市健診だから	×	×	×	×

○：「詳細な健診の項目」として取り扱い可能

×：「詳細な健診の項目」として取り扱われない

オ 問診票

国の示す「標準的な質問票」又は独自作成の問診票（「標準的な質問票」の項目を網羅しているものに限る）を使用する。ただし、後期高齢者医療健診については、令和2年度よりフレイル等の高齢者の特性を把握する新たな質問票として「後期高齢者の質問票」が策定されたため、「後期高齢者の質問票」を使用すること。

また、令和6年度より特定健康診査の第4期が開始されたことに伴い、国が示す「標準的な質問票」が改正されたため、令和6年度特定健康診査から改正後の様式を使用すること。（資料5）

9 診査料及び自己負担金

令和7年度の特定健診料は 10,600 円とし、眼底検査を特定健診実施機関で行った場合は 11,220 円、眼底検査非実施機関において、眼底検査実施機関に眼底検査を再委託し実施した場合は 3,780 円とする。

受診者の自己負担金は無料とする。（平成23年度から無料化）

10 診査結果データの作成

(1) 実施機関は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして診査結果データを作成し、作成したデータを格納したファイルを、翌月5日までに県国保連に提出することとする。令和7年度の最終提出日は後日市が指定した日とする（国保連へ提出された結果データは、随時、特定保健指導対象者の抽出に利用しているため、受診後、月ごとに速やかに提出すること）。

ただし、8(2)エ(ウ)眼底検査【眼底検査実施方法】(b)のとおり眼底検査の再委託を実施した場合は、眼底検査結果は市が登録するため、実施機関は眼底検査に係るいずれの項目も入力しないこと。

なお、費用決済を行わない医療機関については、診査結果データのみを県国保連に提出することとする。

また、国保連へ提出された結果データは、随時、特定保健指導対象者の抽出に利用

しているため、受診後、月ごとに速やかに提出すること。

(2) データ作成にあたっては、次の事項に注意すること。

ア 提出先機関番号は、保険者番号（00030015）を設定すること。

イ ファイルには、決済情報ファイルを必ず格納すること。

ウ 決済情報ファイルの委託料単価区分コードは個別健診（1）を設定し、負担額の項目は0円を設定すること。

エ 受診券整理番号、有効期限を必ず入力すること。

オ 「情報提供の方法」について該当コードを入力すること

コード	内容
1：付加価値の高い情報提供	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供（個別に提供） ● 経年データのグラフやレーダーチャート等 ● 個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ● 生活習慣改善等のアドバイス
2：専門職が対面説明	専門職による対面での健診結果説明の実施
3：1と2両方とも実施	

(3) 費用決済を行う医療機関のデータ作成については、別途指定する。

(4) 国民健康保険被保険者証への枝番記載について

令和3年度4月以降発行の国民健康保険被保険者証には被保険者番号の枝番が記載されているため、枝番を記載された被保険者が特定健診を受診した場合は、可能な限り枝番まで把握しデータ作成を作成すること。

ただし、現段階では枝番については特定健診結果データの任意項目であり、記載漏れがあっても国保連からの返戻等はない。

11 診査結果

(1) 健診結果の通知方法

健診結果は、検診手帳等の「特定健康診査等の記録」に記載の上、原則として対面により受診者に通知することとする。

(2) メタボリックシンドロームの判定基準

検診手帳等の「メタボリックシンドローム判定」は、次の区分により記載することとする。ただし、特定保健指導の対象区分とは異なるので留意すること。

区分	判定基準
1 基準該当	腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上あり、さらに血中脂質、血圧、血糖の3つの項目のうち2つ以上の項目に該当する場合（血中脂質、血圧、血糖の基準を満たしている場合、若しくは服薬がある場合）
2 予備群該当	腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上あり、さらに血中脂質、血圧、血糖の3つの項目のうち1つに該当する場合（血中脂質、血圧、血糖の基準を満たしている場合、若しくは服薬がある場合）
3 非該当	上記1又は2に該当しない場合

- ・前頁の判定基準では、空腹時血糖が原則となっているが、空腹時血糖の値がない場合には、相関する HbA1c の値（空腹時血糖 110mg/dL 以上又は HbA1c(NGSP 値)6.0%以上）を用いることとする。
 なお、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合には、空腹時血糖の結果を優先することとする。
- ・特定保健指導の対象となるものは、特定保健指導の階層化基準に基づいて、盛岡市が選定を行う。

(3) メタボリックシンドローム判定に関与しない検査

以下の検査についても判定を行い、必要に応じて指導及び受診勧奨を行うこととする。

- ・LDL コレステロール
- ・肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP）
- ・尿蛋白
- ・貧血検査（赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値）
- ・心電図検査
- ・クレアチニン・尿酸

(4) 健診費用の請求

当該年度の健診が終了した後、各実施機関に受診者及び結果データを確認後、健診に要した費用について、盛岡市医師会より盛岡市へ一括で請求することとする。費用決済を行う医療機関の請求については、別途指定する。

12 医療の開始

医療を要する場合は、受診者に対して十分説明した上で開始することとする。健診と保険診療を同日に実施しても差し支えないが、自己負担について十分な説明をし、了解を得た上で保険診療を行うこととする。

また、保険請求に際しては明確に区分して請求することとする。

なお、健診に関連する異常所見について同日に医療を開始した場合、初診料は算定できないので、レセプトの摘要欄にその旨を明記することとする。

（例：「初診料は健診にて算定済み」）

13 資料の保存

実施機関は、検査結果、心電図などを5年間保存することとする。

14 周知方法

特定健診受診券を対象者に直接郵送するほか、「広報もりおか」への掲載、検診だよりの発行、ポスター、チラシ、個別訪問等により周知を図る。

15 秘密の保持

この健診の履行に際し、知り得た受診者の秘密及び住民のプライバシー等を第三者に漏らし又は利用してはならない。

16 健康診査実施機関における新型コロナウイルス感染症対策について

一般社団法人日本総合健診医学会、公益社団法人日本人間ドック学会、公益財団法

人結核予防会、公益社団法人全国労働衛生団体連合会、公益財団法人日本対がん協会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本病院会及び公益財団法人予防医学事業中央会において作成の感染拡大予防ガイドライン「健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策について」が令和5年9月14日に改正されているため、改めて参照の上対策を行うこと。（資料6）

令和 7 年度盛岡市国民健康保険特定健康診査における眼底検査再委託実施方法

1 実施方法

項目	備考
(1) 実施する眼	片眼で実施（集団健診同様） （特定健診受診券に前年度の眼底検査を実施した眼を掲載するなどした上で、毎年交互に反対側の眼の眼底検査を行うことを基本とする。）
(2) 撮影	内科医等でも行うことや散瞳によるリスクも考慮し、無散瞳型眼底カメラ眼底画像撮影によって行う。
(3) 眼底所見記録	眼底写真（コンピュータ上の画像も含む）の結果による医師の判断とする。

2 眼底カメラ（無散瞳型眼底カメラ）による眼底画像撮影について

項目	備考
(1) 撮影部位と撮影枚数	①スライド用カラーフィルム使用機器または、その他の撮影装置により片眼の検査を原則とする。 ②検査にあたって、受診者に検査内容と注意事項をよく説明しておく。 ③基本的に撮影角度 45 度（約 7.5 乳頭径）のカメラで視神経乳頭と黄斑中心窩を結んだ線の中央を中心として撮影する。
(2) 散瞳剤点眼について	健康診査の眼底検査において、散瞳剤の点眼はしない。
(3) 検査が出来ない場合	高齢受診者で眼振があったり、白内障等の場合は、無理をせず検査を打ち切りとし、検査結果を「判定不能」とする。
(4) 精密検査又は治療が必要な場合	上記による眼底検査実施後、精密検査又は治療が必要と判断した場合には、受診者に説明の上、医療保険による診療に切り替える。

3 眼底検査委託料（税込）

再委託で実施した場合 3,780 円（眼底検査料金 620 円+初診料相当 3,160 円）

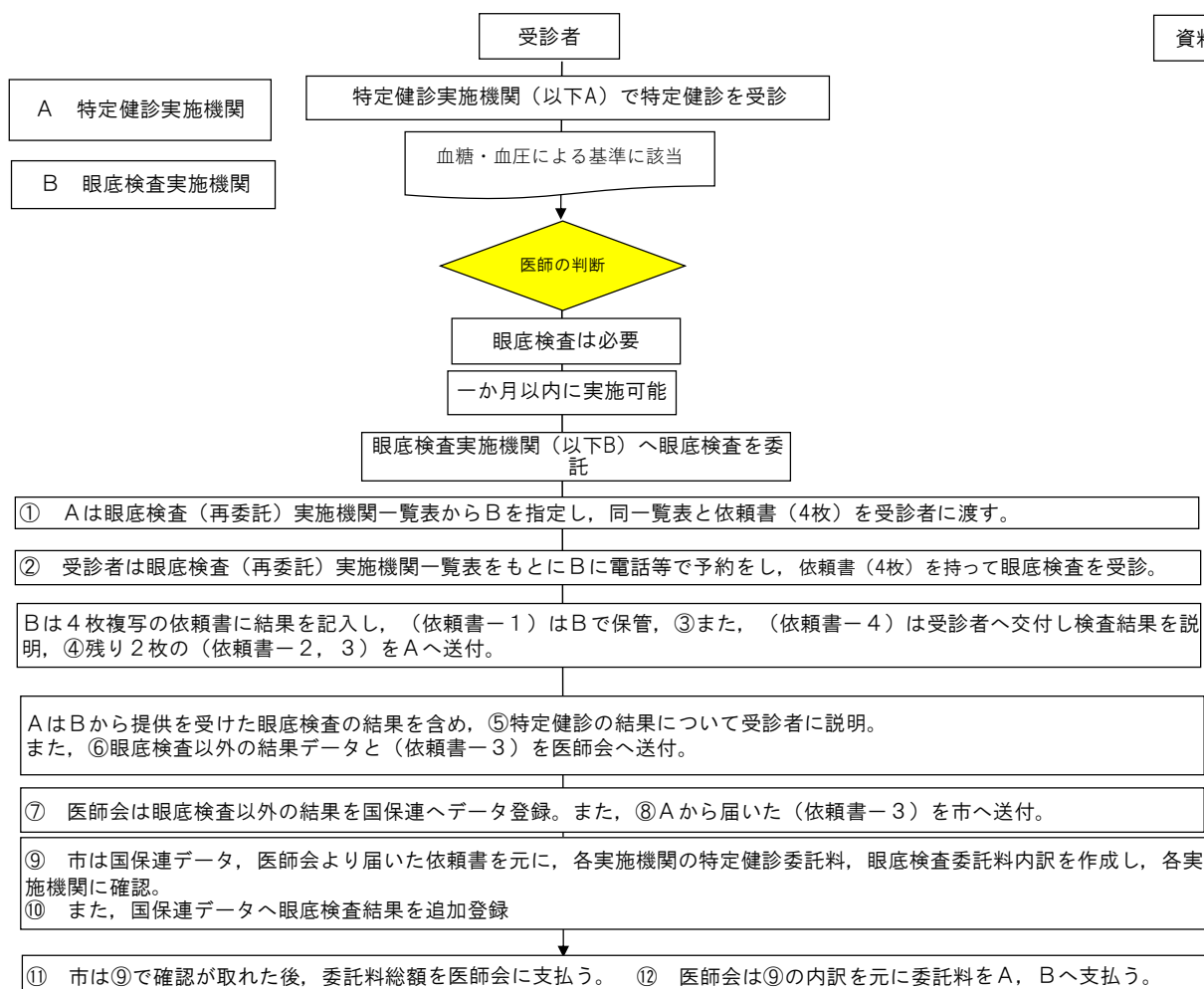
※ 2（3）のとおり検査を打ち切りした場合でも、実施件数は 1 件とし、委託料はお支払いします。

4 手続き等

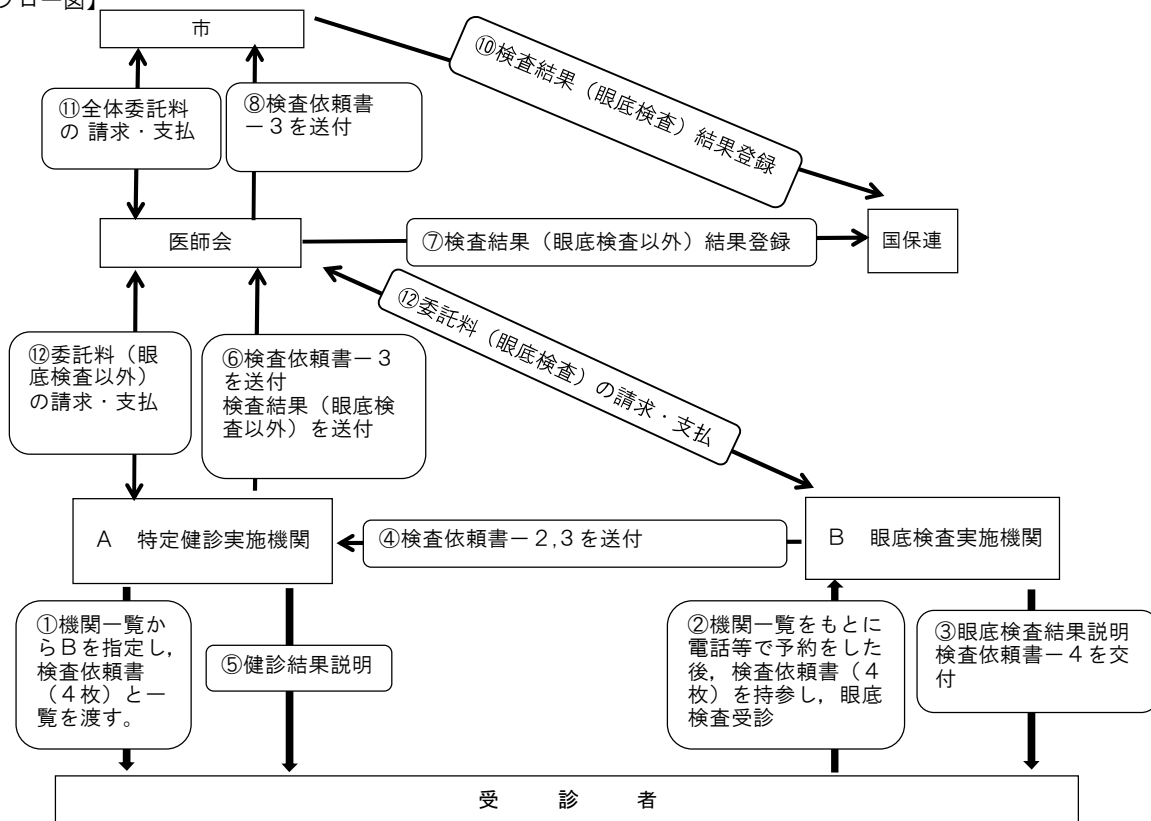
眼底検査の依頼、結果報告等のやりとりは資料 3 の眼底検査依頼書（A5 横 4 枚複写の予定）を利用します。

また、眼底検査の結果説明は眼底検査実施機関が受診者に説明し、特定健診実施機関は眼底検査も含めた特定健診全体の結果説明を受診者に行います。

詳細は資料 2 フローのとおり。



【フロー図】



眼底検査依頼書－１（盛岡市国民保健特定健康診査に限り使用可）

様（眼科医等）

令和 年 月 日

（眼底検査実施機関用）

特定健診を行いましたところ眼底検査が必要なため
検査依頼します。

依頼元

医療機関名

受診者【 】様

医師

受診券整理番号【 】

特定健診実施日 令和 年 月 日（※１）

今回眼底検査を実施する理由

☐ 高血糖の基準該当【 ☐ 前年度結果 ☐ 今年度結果 空腹時血糖（ ）mg/dL HbA1c（ ）%（NGSP値）】

☐ 高血圧の基準該当【 今年度結果 収縮期（ ）mmHg 拡張期（ ）mmHg 】 ※２ 今年度結果は数値も記載してください。

----- これより下は眼底検査実施機関で御記載ください。 -----

【検査結果】※３ 判定方法はいずれか選択

☐ ① シェイエ分類S（0. 1. 2. 3. 4）☐ ④ Wong－Mitchell分類（所見なし. 軽度. 中等度. 重度）☐ ② シェイエ分類H（0. 1. 2. 3. 4）☐ ⑤ 改変Davis分類（網膜症なし. 単純網膜症. 増殖前網膜症. 増殖網膜症）☐ ③ キースワグナー分類（0. I. IIa. IIb. III. IV）☐ ⑥ SCOTT分類（I a. I b. II. IIIa. IIIb. IV. Va. Vb. VI）☐ ⑦ その他所見（ ）【判定】 ☐ A 異常なし ☐ B 軽度異常問題なし ☐ C 要経過観察 ☐ D1 要治療 ☐ D2 要精査 ☐ E 判定不可

眼底検査実施医療機関名

眼底検査実施日

眼底検査を実施した眼

医師

年 月 日（※４）（ ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両眼 ）

※１※４ 眼底検査実施日が特定健診実施日より一か月以上経過して眼底検査を行われた場合は特定健診ではなく、**受診者の
個人負担**となりますので御注意ください。

眼底検査依頼書－２（盛岡市国民保健特定健康診査に限り使用可）

様（眼科医等）

令和 年 月 日

（特定健診実施機関用）

特定健診を行いましたところ眼底検査が必要なため
検査依頼します。

依頼元

医療機関名

受診者【 】様

医師

受診券整理番号【 】

特定健診実施日 令和 年 月 日（※１）

今回眼底検査を実施する理由

☐ 高血糖の基準該当【 ☐ 前年度結果 ☐ 今年度結果 空腹時血糖（ ）mg/dL HbA1c（ ）%（NGSP値）】

☐ 高血圧の基準該当【 今年度結果 収縮期（ ）mmHg 拡張期（ ）mmHg 】 ※２ 今年度結果は数値も記載してください。

----- これより下は眼底検査実施機関で御記載ください。 -----

【検査結果】※３ 判定方法はいずれか選択

☐ ① シェイエ分類S（0. 1. 2. 3. 4）☐ ④ Wong－Mitchell分類（所見なし. 軽度. 中等度. 重度）☐ ② シェイエ分類H（0. 1. 2. 3. 4）☐ ⑤ 改変Davis分類（網膜症なし. 単純網膜症. 増殖前網膜症. 増殖網膜症）☐ ③ キースワグナー分類（0. I. IIa. IIb. III. IV）☐ ⑥ SCOTT分類（I a. I b. II. IIIa. IIIb. IV. Va. Vb. VI）☐ ⑦ その他所見（ ）【判定】 ☐ A 異常なし ☐ B 軽度異常問題なし ☐ C 要経過観察 ☐ D1 要治療 ☐ D2 要精査 ☐ E 判定不可

眼底検査実施医療機関名

眼底検査実施日

眼底検査を実施した眼

医師

年 月 日（※４）（ ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両眼 ）

※１※４ 眼底検査実施日が特定健診実施日より一か月以上経過して眼底検査を行われた場合は特定健診ではなく、**受診者の
個人負担**となりますので御注意ください。

眼底検査依頼書－3(盛岡市国民保健特定健康診査に限り使用可)

様(眼科医等)

令和 年 月 日

(医師会→盛岡市用)

特定健診を行いましたところ眼底検査が必要なため
検査依頼します。

依頼元

医療機関名

受診者【 】様

医師

受診券整理番号【 】

特定健診実施日 令和 年 月 日(※1)

今回眼底検査を実施する理由

☐ 高血糖の基準該当 ☐ 前年度結果 ☐ 今年度結果 空腹時血糖()mg/dL HbA1c()%(NGSP値) ☐

☐ 高血圧の基準該当 ☐ 今年度結果 収縮期()mmHg 拡張期()mmHg ☐ ※2 今年度結果は数値も記載してください。

----- これより下は眼底検査実施機関で御記載ください。 -----

【検査結果】※3 判定方法はいずれか選択

☐ ① シェイエ分類S(0. 1. 2. 3. 4)

☐ ④ Wong-Mitchell分類(所見なし. 軽度. 中等度. 重度)

☐ ② シェイエ分類H(0. 1. 2. 3. 4)

☐ ⑤ 改変Davis分類(網膜症なし. 単純網膜症. 増殖前網膜症. 増殖網膜症)

☐ ③ キースワグナー分類(0. I. IIa. IIb. III. IV)

☐ ⑥ SCOTT分類(Ia. Ib. II. IIIa. IIIb. IV. Va. Vb. VI)

☐ ⑦ その他所見()

【判定】 ☐ A 異常なし ☐ B 軽度異常問題なし ☐ C 要経過観察 ☐ D1 要治療 ☐ D2 要精査 ☐ E 判定不可

眼底検査実施医療機関名

眼底検査実施日

眼底検査を実施した眼

医師

年 月 日(※4) (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両眼)

※1※4 眼底検査実施日が特定健診実施日より一か月以上経過して眼底検査を行われた場合は特定健診ではなく、受診者の個人負担となりますので御注意ください。

眼底検査依頼書－4(盛岡市国民保健特定健康診査に限り使用可)

様(眼科医等)

令和 年 月 日

(受診者用)

特定健診を行いましたところ眼底検査が必要なため
検査依頼します。

依頼元

医療機関名

受診者【 】様

医師

受診券整理番号【 】

特定健診実施日 令和 年 月 日(※1)

今回眼底検査を実施する理由

☐ 高血糖の基準該当 ☐ 前年度結果 ☐ 今年度結果 空腹時血糖()mg/dL HbA1c()%(NGSP値) ☐

☐ 高血圧の基準該当 ☐ 今年度結果 収縮期()mmHg 拡張期()mmHg ☐ ※2 今年度結果は数値も記載してください。

----- これより下は眼底検査実施機関で御記載ください。 -----

【検査結果】※3 判定方法はいずれか選択

☐ ① シェイエ分類S(0. 1. 2. 3. 4)

☐ ④ Wong-Mitchell分類(所見なし. 軽度. 中等度. 重度)

☐ ② シェイエ分類H(0. 1. 2. 3. 4)

☐ ⑤ 改変Davis分類(網膜症なし. 単純網膜症. 増殖前網膜症. 増殖網膜症)

☐ ③ キースワグナー分類(0. I. IIa. IIb. III. IV)

☐ ⑥ SCOTT分類(Ia. Ib. II. IIIa. IIIb. IV. Va. Vb. VI)

☐ ⑦ その他所見()

【判定】 ☐ A 異常なし ☐ B 軽度異常問題なし ☐ C 要経過観察 ☐ D1 要治療 ☐ D2 要精査 ☐ E 判定不可

眼底検査実施医療機関名

眼底検査実施日

眼底検査を実施した眼

医師

年 月 日(※4) (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両眼)

※1※4 眼底検査実施日が特定健診実施日より一か月以上経過して眼底検査を行われた場合は特定健診ではなく、受診者の個人負担となりますので御注意ください。

【眼底検査（再委託）実施機関一覧表】

	実施機関名	郵便番号	所在地	電話番号
1	小笠原眼科クリニック	020-0114	高松 3-10-12	662-3223
2	加藤アイクリニック	020-0011	三ツ割 5-7-11	665-0020
3	川久保病院	020-0835	津志田 26-30-1	635-1305
4	映画館通りキザワ眼科	020-0024	菜園 1-12-18	613-2377
5	近藤眼科医院	020-0875	清水町 4-30	622-2509
6	せいの眼科クリニック	020-0871	中ノ橋通 1-4-20 水晶堂ビル 3 階	622-9595
7	たかはし眼科	020-0866	本宮字小坂小瀬 13-1	656-3366
8	谷藤眼科医院	020-0127	前九年 2-2-38	646-2227
9	つしだ糖尿病内科・眼科クリ ニッ	020-0835	津志田 15-50-1	681-8541
10	ちあき眼科クリニック	020-0004	山岸 2-9-25	606-3210
11	都南眼科	020-0834	永井 23-7-2	637-8805
12	新津あさくら眼科クリニック	020-0885	紺屋町 2-1	624-1068
13	はしもと眼科クリニック	020-0133	青山 2-23-21	648-3000
14	むらた眼科クリニック	020-0122	みたけ 5-8-30	648-8571
15	森眼科クリニック	020-0034	盛岡駅前通 10-22	604-1150

【眼底検査の実施について（他医療機関で実施する場合）】

- 1 **盛岡市国民健康保険特定健診**を受診された方（以下受診者）の血糖又は血圧が眼底検査の基準に該当し、医師が眼底検査を必要と判断した場合、眼底検査依頼書を記載し、受診者にお渡しします。
- 2 受診者は、医師が上記一覧表から指定する医療機関に電話で予約をし、一か月以内に眼底検査を受診します。
- 3 受診者は、受診当日は①マイナンバーカード(マイナ保険証)、国民健康保険被保険者証及び資格確認書のいずれかと②眼底検査依頼書を持って受診します。
- 4 眼底検査の結果は眼底検査実施機関より説明があります。
- 5 **盛岡市国民健康保険特定健診**の一部として行われるため、**受診料は無料**です。

ただし、①後期高齢者者健康診査や社会保険などの**盛岡市国民健康保険以外の保険で健診を受診**された場合、②盛岡市国民健康保険特定健診受診者であっても、眼底検査実施日が**特定健診実施日より一か月以上経過**して眼底検査を行われた場合は盛岡市国民健康保険特定健診の一部ではなく、**受診者の個人負担**となりますので御注意ください。

特定健康診査 問診票

健診日 令和 年 月 日

(フリガナ) 氏 名	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
	性 別	男 女

	質問項目	回答区分
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無（※）	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、下記の条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ

	質問項目	回答区分
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである （概ね 6 か月以内） ③近いうちに（概ね 1 か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6 か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6 か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

質問項目1-3 の（※）については、医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。

資料6

令和 2 年 5 月 1 日
改正 令和 2 年 5 月 14 日
改正 令和 3 年 9 月 24 日
改正 令和 4 年 3 月 18 日
改正 令和 5 年 3 月 7 日
改正 令和 5 年 5 月 8 日
改正 令和 5 年 9 月 14 日

(一社) 日本総合健診医学会
(公社) 日本人間ドック学会
(公財) 結核予防会
(公社) 全国労働衛生団体連合会
(公財) 日本対がん協会
(公社) 全日本病院協会
(一社) 日本病院会
(公財) 予防医学事業中央会

健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策について

私たちの提供する健康診断（以下「健診」という。）においては、新型コロナウイルス感染症に対する感染防止対策を徹底するため、厚生労働省ほか関係省庁の通知、関連学会の見解等を踏まえ、健診実施機関として適切な感染症対策を行い、受診環境の確保に努めてきました。

この度、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが令和 5 年 5 月 8 日から変更されることを踏まえ、感染対策の運用を見直しました。見直しに当たっては、私たちが医療機関であること、健診では施設内の滞在時間が長時間に及ぶことがあること、対面での医療面接、保健指導があることなどを考慮し、引き続き一定の感染対策が必要であると考えました。また、その内容は、厚生科学審議会感染症部会の取りまとめや厚生労働省アドバイザー・ボードにおける議論を踏まえて厚生労働省から示された情報を参考としました。

なお、本対策は現時点での知見を踏まえて作成したものであり、今後も新たな知見等が得られた場合、その都度改訂されるものです。

I 健診実施機関の対応

○ 基本姿勢

新型コロナウイルス感染症の感染防止のために、最新の医学情報を基にした対策を講じます。

健診施設は、マスクの着用、手洗い等の手指衛生、換気、「三つの密」の回避、人と人との距離の確保を基本的感染対策として取り組むことにより、受診環境の確保に努めます。

○ 健診施設の受診環境の確保

- ・ 受診者、健診施設職員（以下「職員」という。）相互の安全確保のため、健診の遂行上、健診施設（会場）内では不織布マスク着用を原則とします。ただし、個人の体質等により不織布マスクの使用が困難な場合は使用可能な材質のマスクの着用を認めます。
- ・ 健診受付後、速やかに問診等を行い、受診者の健康状態を確認します。
- ・ 発熱があるなど、健診受診者として不適当と判断した場合は、受診者に説明した上で、後日、体調が回復するなど安全を確認してからの受診をお願いします。
- ・ 受診者と職員が対面で話す際は、適切な距離を確保するよう配慮をします。
- ・ 室内の換気は、1 時間に 2 回以上定期的に窓やドアを開けるなどして十分に行います。ただし、機械式換気装置が稼働し、十分な換気量が確保されている場合は窓やドアの開放による換気は必須でないものとします。
- ・ 職員は、アルコール消毒液等による入念な手指の消毒を励行します。
- ・ 受診者が触れる箇所を、定期的にアルコール消毒等により清拭し環境衛生に努めます。

○ 受診者が安全に受診していただくための健診施設職員の配慮

- ・ すべての職員は不織布マスクを着用します。ただし、個人の体質等により不織布マスクの使用が困難な場合は、使用可能なマスクの着用を認めます。
- ・ 手洗い又はアルコール消毒液等による手指消毒を徹底します。
- ・ 職員休憩室やロッカー室は十分に換気し、什器等の定期的な消毒を行います。
- ・ 職員は、発熱や体調不良等の症状を認めるときには職場に電話連絡し、医療機関を受診します。
- ・ 出勤後に少しでも体調が悪いと訴える職員が見出された場合や発熱など軽度の体調不良を訴えた場合、管理者は当該職員の勤務を直ちに停止し、施設内で抗原簡易キット等を活用して新型コロナウイルスの検査を実施するか、速やかに医療機関の受診を指示します。
- ・ 抗原簡易キット等で検査結果が陽性であった場合、速やかに医療機関を受診させます。
- ・ 職員に新型コロナウイルス感染者が発生した場合は、管理者は直ちに必要な対応を行います。
- ・ 感染症に適切に対応できるよう、職場内で感染症の知識を共有します。

○ 緊急時の対応（健診中に新型コロナウイルス感染を疑う所見が認められた場合）

- ・胸部エックス線検査等で新型コロナウイルス感染を疑う所見が認められた場合は、直ちに当該受診者に状況を説明して、その後の健診を中止し、医療機関の受診を勧奨します。

○ 健康診断項目ごとの留意事項

① 問診、診察、説明、保健指導

- ・診察の前後で必ずアルコール消毒液等で手指消毒を励行します。
- ・聴診器、接触式体温計、診察室の什器等について、アルコール消毒液等で清拭します。
- ・結果説明、保健指導等の実施に当たっては適切な距離を確保するよう配慮します。また、説明資料等を工夫するなどし、結果説明、保健指導の効率化を図ります。

② 身体計測、生理機能検査

- ・身体計測、生理機能検査に使用する機器で受診者の手や顔等が触れる部分については、使用ごとにアルコール消毒液等で清拭します。

③ X線撮影

- ・受診者が触れる箇所を検査毎にアルコール消毒液等で清拭します。

④ 内視鏡検査

- ・日本消化器内視鏡学会の指針を尊重し、感染予防策を徹底します。

⑤ 呼吸機能検査

- ・日本呼吸器学会の提言を尊重し、感染予防策を徹底します。

⑥ その他の生体検査機器

- ・受診者の体が触れる部分は、受診者毎にアルコール消毒液等で清拭します。

○ 巡回型健診における留意事項

- ・巡回型健診においては、施設健診における対応と同等の受診環境を整えます。

II 受診者にお願ひする事項

○ 受診をお断りする場合

次に該当する方は、受診をお断りします。該当しなくなってから受診してください。

- ① 新型コロナウイルスに感染している方及び新型コロナウイルスに感染した後、厚生労働省の示す感染者の療養期間が終了していない方。
- ② 受診時に風邪症状（発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛）や関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害のある方

○ 受診延期を考慮していただきたい場合

① 新型コロナウイルスに感染した方

新型コロナウイルスに感染した場合、他者への感染の心配が無くなった後もしばらくの間は健診の結果に異常がみられる可能性があります。体調が十分に回復してから受診することを推奨します。

② 新型コロナワクチンを接種した方

接種後、3日以上経過してから受診することを推奨します。副反応が起きた方は、体調が十分に回復してから受診することを推奨します。

○ 受診に際してお願いする事項

- ・ 健診施設（会場）内では原則として各自不織布マスクの着用をお願いします。

ただし、個人の体質等により不織布マスクの使用が困難な場合は、使用可能な材質のマスクの着用を認めます。

- ・ 他の受診者への配慮等からマスク着用がない場合は受診をお断りする場合がありますので、ご理解をお願いします。

- ・ マスクを着用される場合は、特に指示が無い限り、常に着用をお願いいたします。

- ・ 入口等にアルコール消毒液等を用意し、受診者には健診施設への入館（室）時と退館（室）時のほか、健診中も適宜手指消毒をお願いします。アルコールを使えない方には、界面活性剤配合のハンドソープ等により手洗いをお願いします。

- ・ 健診施設では換気を定期的に行うので、外気温が低い季節では室温が下がるため、カーディガン等羽織るものを事前にご用意するようお願いいたします。

- ・ 受付時間を守り、感染対策にご協力をお願いします。

- ・ 健診施設入口等で、非接触型体温計等で体温を実測することがありますのでご協力をお願いします。

- ・ 健診施設（会場）内での会話は最小限とし、小声をお願いします。

盛岡市国保特定健診受診券(R2より他検診と一本化)の提出について

料金後納郵便

大切に保管してください。

この受診券は、令和7年5月31日時点の住民台帳を基にお送りしています。

受診時要持参

令和7年度 盛岡市 受診券

●成人検診
●国保特定健診
●後期高齢者健康診査

郵便はがき

料金受取人郵便

020 8790

盛岡市役所 蔵

郵便区内特別

切り取らないでください。

【整理番号】

市内転居による住所・姓の変更はそのままご使用になれます。

令和7年度 盛岡市健診・成人検診等受診券	
各検診名称	実施期間
成人検診(がん検診)	令和7年6月24日(火)～
国保特定健診	令和7年10月31日(金)
後期高齢者健康診査	
子宮頸がん検診	令和7年6月24日(火)～
乳がん検診	令和8年3月10日(火)
成人歯科健康診査	

※成人検診(がん検診)は、令和7年度から、70歳以上の方、65歳以上の後期高齢者医師被保険者は、受診料が有料となります。(市民税非課税世帯、生活保護受給者等を除く。)

お問い合わせ先

- ①成人検診(がん検診) 603-8301 (市保健所企画総務課)
- ②国保特定健診 626-7527 (健康保険課業務係)
- ③後期高齢者健康診査 613-8439 (健康保険課高齢者医療係)
- ・結核レントゲン検診 603-8244 (市保健所指導予防課)
- ・玉山地域集団検診 683-3869 (玉山総合事務所住民福祉課)

市ホームページ及び6月15日号広報もりおか折込みの「検診だより」に、検査の詳細内容や費用、実施医療機関を掲載しています。

「検診を受けて安心 つながる未来」
企画総務課 千020-0884 盛岡市神明町3番29号
健康保険課 千020-8530 盛岡市内丸12番2号

がん検診券の大切に保管をお願いします。
面割の矢印方向に折りこみと願っています。

- ①国保特定健診対象者には整理番号等が記載されています。
- ②受診した場合は受診日を記載し、実施機関印を押印してください。
(成人検診と同様)
- ③眼底検査について、前年度検査結果(血糖値)による基準該当・非該当、前年度眼底検査実施の有無・実施した眼について記載しています。
- ※①～③盛岡市の国保対象者以外は*で塗りつぶされています。
- ④国保特定健診対象者には整理番号、氏名等が記載されています。
受診した場合は、
- ⑤可能な限り受診者に電話番号を記載していただき、
- ⑥医療機関名と実施機関番号と受診日を記載(欄番の押印でも可)し、
月毎に医師会に提出してください(令和元年度までの半券の代わりとなります)。
- ※④～⑥ただし、市保存用を紛失した場合は中面をコピーしたものに実施機関記入欄の事項を記載して医師会事務局へ提出してください。また、(市保存用)以外のものは受診者にお返しください。

↓切り取って提出

②国保特定健診券 ●受診料 無料

●整理番号 ① ●有効期限

●交付日

盛岡市 40歳～ ②

受診日 月 日 年 日

③後期高齢者健康診査 ●受診料 無料

●整理番号 ●有効期限

●交付日

75歳以上、その他後期高齢者医師被保険者

受診日 月 日 年 日

国民健康保険特定健康診査受診券 (医療機関→市保存)

氏名 住所 ④

電話番号 ⑤

(受診者記入欄)※携帯電話をお持ちの方は番号をご記入ください。

(電話番号は健診の問合、事業でご利用する場合に使用します。)

受診日 2022年 月 日

実施機関番号 ⑥

実施機関名

令和6年度特定健康診査結果状況

1 健診の実施状況 (令和7年4月末時点)

	対象者数	受診者数 ①	受診率	目 標 受診率	途中加入者等 の受診者数②	①+②
H21	43,758人	14,797人	33.8%	51.9%	1,071人	15,868人
H22	43,758人	15,327人	35.0%	56.7%	1,282人	16,609人
H23	44,201人	17,120人	38.7%	61.5%	1,371人	18,491人
H24	44,185人	17,494人	39.6%	65.0%	1,404人	18,898人
H25	43,951人	17,758人	40.4%	42.8%	1,421人	19,179人
H26	43,538人	18,374人	42.2%	47.1%	1,351人	19,725人
H27	42,458人	18,267人	43.0%	51.4%	1,575人	19,842人
H28	40,983人	17,463人	42.6%	55.7%	1,611人	19,074人
H29	39,906人	17,747人	44.5%	60.0%	1,486人	19,233人
H30	38,986人	17,688人	45.4%	45.0%	1,564人	19,252人
R 1	38,212人	19,133人	50.1%	47.5%	1,357人	20,490人
R 2	38,044人	16,905人	44.4%	50.0%	1,126人	18,031人
R 3	37,283人	16,525人	44.3%	52.5%	1,416人	17,941人
R 4	35,986人	16,081人	44.7%	55.0%	1,610人	17,691人
R 5	34,667人	15,495人	44.7%	60.0%	1,579人	17,074人
R 6	38,141人	16,906人	44.3%	45.0%	-	-

※H21～R 5は国への実績報告（法定報告）による。

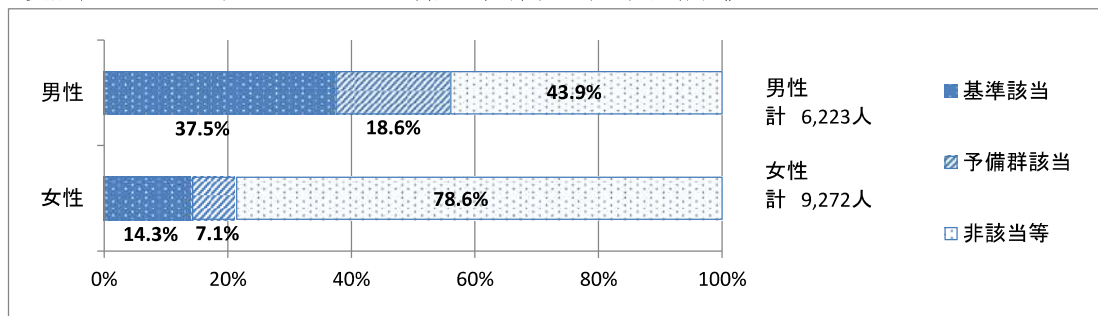
※目標受診率は、国の指針をもとに、第1期（H20～24）、第2期（H25～29）

第3期（H30～R 5）第4期（R 6～R11）特定健康診査等実施計画で定めている。

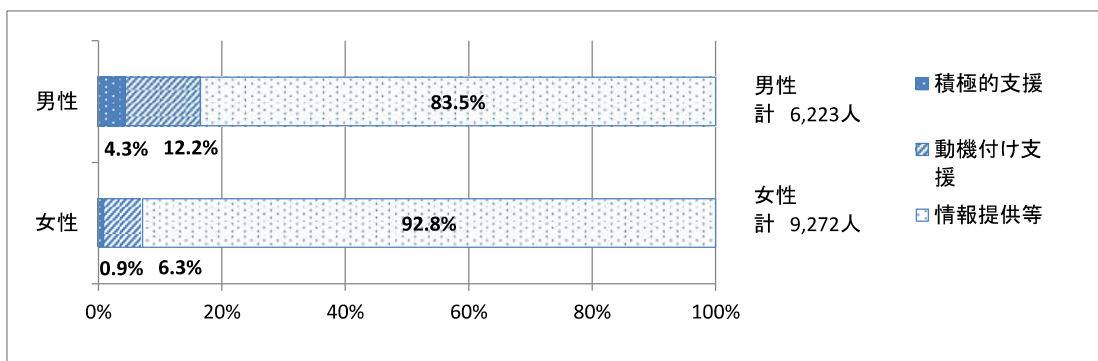
令和6年度の目標受診率は45.0%である。

※R 6対象者はR 6年4月時点の人数、受診者はR 7年4月末時点で確認済みの人数で途中加入者等の受診者を含む。

2 受診者のメタボリックシンドローム判定の割合(R 5)※法定報告値



3 特定保健指導レベルの割合(R 5)※法定報告値



令和7年度特定健康診査及び後期高齢者健康診査の実施項目並びに単価

受診のフローについては右記をご覧ください。

項 目		盛岡市国保 特定健康診査	盛岡市後期高齢者 健康診査	社保等 特定健康診査
		40～74歳	75歳以上	40～74歳
受診者区分		A	B	C
問診(22項目)		○	○	○
診 察	理学的所見	○	○	○
	視診(口腔内含)	○	○	○
	触診(関節を含)	○	○	○
	打聴診	○	○	○
身 長		○	○	○
体 重		○	○	○
BMI		○	○	○
腹 囲		○	○	○
血 圧		○	○	○
検 尿	蛋白	○	○	○
	糖	○	○	○
貧 血	赤血球数	○	○	●
	血色素量	○	○	●
	ヘマトクリット	○	○	●
血 液 科 学 検 査	中性脂肪(空腹時又は随時)	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
	AST(GOT)	○	○	○
	ALT(GPT)	○	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	○
	クレアチニン(eGFR値による 腎機能評価含む)	○	○	●
	尿酸	○	○	○
	血糖 (空腹時又は随時)	○	○	△*
	HbA1c	○	○	△*
心電図		○	○	●
眼底検査		●	○	●
健診料 (●詳細検査除く)		10,600	10,600	8,750
自己負担額		0	0	保険者設定額
医療機関請求額		10,600	10,600	8,750円から自己負担額 を差し引いた額
●詳細検査 実施加算額	貧血検査	—	—	210
	心電図	—	—	1,440
	眼底検査	620	—	620
	クレアチニン(eGFR値による 腎機能評価含む)	—	—	100
眼底検査のみ実施(主に眼科専門医療機関)		3,780	—	—

*社保等集合契約における血糖検査

原則として空腹時血糖またはHbA1cを測定することとし、空腹時以外はHbA1cのみを測定する。

やむを得ず、空腹時以外においてHbA1cを測定しない場合は、随時血糖も可。

但し、随時血糖は食直後(食後3.5時間未満)は除く。



※詳細項目としての実施基準(盛岡市国保・後期高齢者健康診査)

【貧血】

貧血既往歴がある、または視診等で貧血が疑われる

【心電図】

当年度結果が右記Aに該当(当年度の結果で判断)

【眼底検査】

当年度結果が右記Bに該当(ただし、当年度の結果において、血糖検査の結果について確認することができない時は、前年度の結果が基準に該当する場合を含む。(予め受診券印字あり))

【クレアチニン】

当年度結果が右記Cに該当(当年度の結果で判断)

A:心電図実施基準(当年度の結果において)

血圧「収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上」
または、問診等で不整脈が疑われる

B:眼底検査実施基準(当年度の結果において)

血糖または血圧が次の基準に該当
血糖「空腹時(随時)血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%(NGSP値)以上」
血圧「収縮期 140mmHg以上 または 拡張期 90mmHg以上」

C:クレアチニン実施基準(当年度の結果において)

血糖または血圧が次の基準に該当
血糖「空腹時(随時)血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上」
血圧「収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上」