

リックシンドロームに着目し、バランスのとれた食生活や適度  
病の予防や重症化の防止をめざします。

### 3. 特定健診を受けましょう

#### ○お持ちいただくもの

特定健診受診券・保険証・受診券に同封の個人票(問診票)

- ・ 検査は、空腹（食後10時間以上）で行います。  
お水やお湯はお飲みいただきてかまいません。
- ・ お薬を常用されている方は、薬剤の使用について、  
主治医にご相談ください。
- ・ 前日のアルコール摂取・激しい運動は控えましょう。

#### 【健診内容】

##### ○基本的な健診（無料）

質問(問診)、身体計測(身長・体重・腹囲)、血圧測定、  
理学的検査(診察)、尿検査(蛋白・糖)

血液検査 { 脂質 (中性脂肪・HDL・LDLまたはNon-HDL)  
肝機能 (GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP)  
血糖 (血糖・ヘモグロビンA1c)  
腎機能 (血清クレアチニン(eGFR)・血清尿酸)

##### ○詳細な健診（無料）

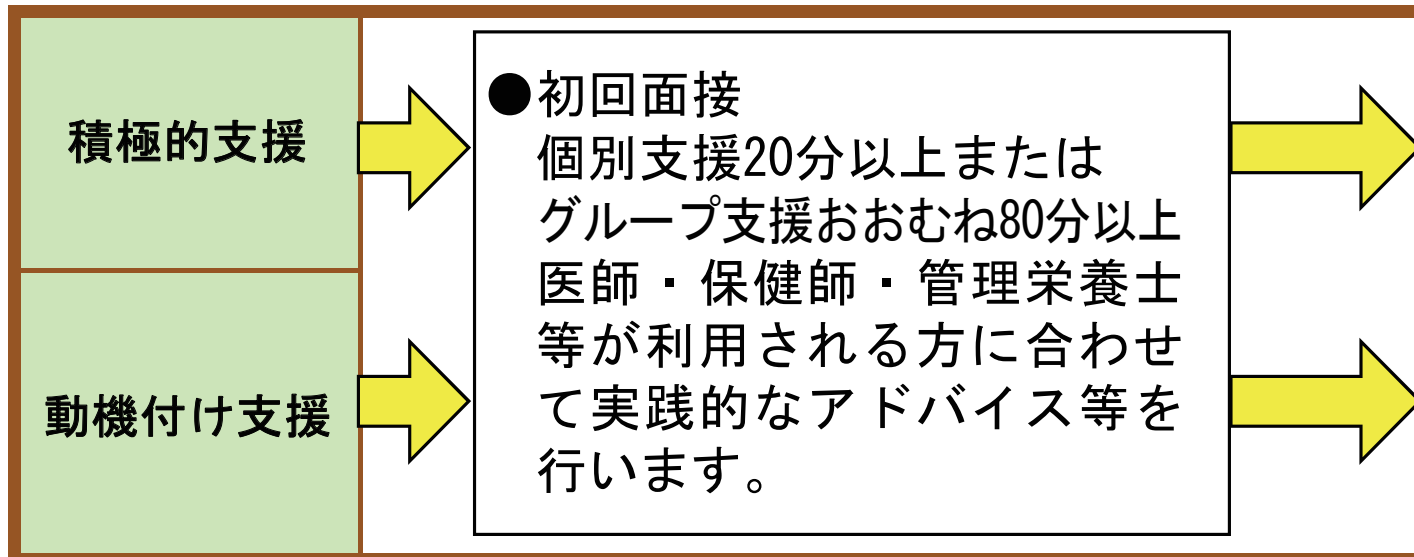
貧血検査、心電図検査、眼底検査は基準に該当し、医師が  
必要と判断した場合に行います。

75歳以上の方は、後期高齢者医療健康診査を受けましょう。

## ●特定保健指導

特定健診の結果、生活習慣病になるリスクが高く、生活習慣の生活習慣を見直すサポートをします。積極的支援と動機付け支援

### 大阪市国民健康保険では

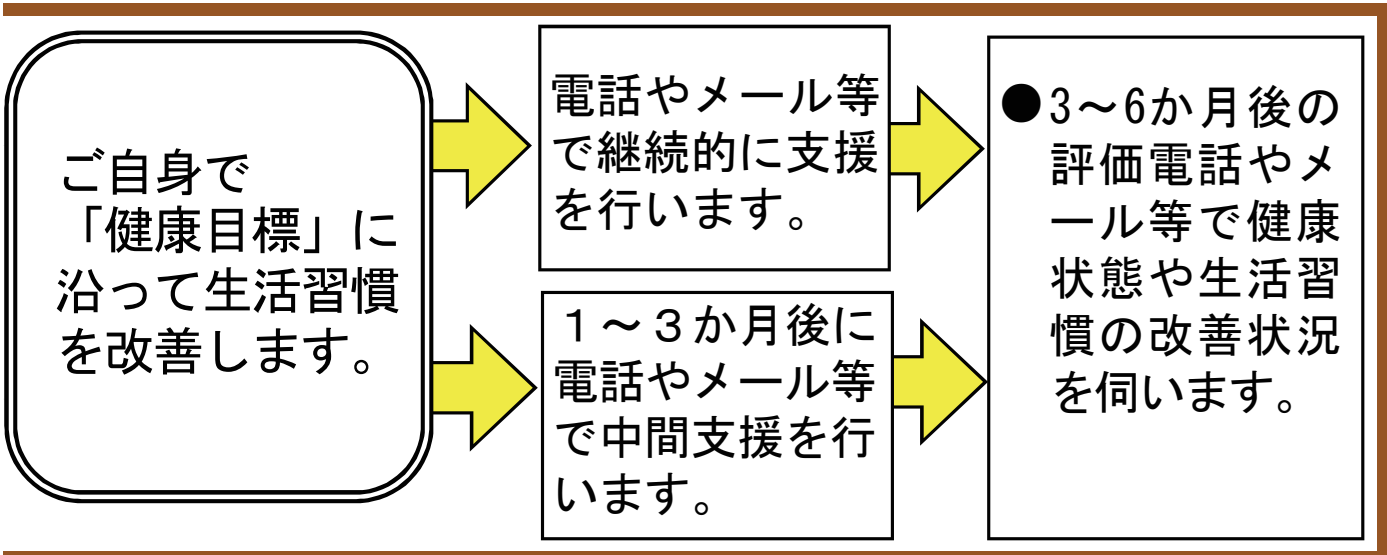


### 1. 利用方法と実施場所を選びましょう

- ・ 特定健診を受診された方で特定保健指導に該当する方に利用券を送付します。  
「特定保健指導取扱機関一覧」の中から利用したい機関を選んで電話等で直接お申込みください。
- ※集団健診や一部の健診実施機関では、健診当日に特定保健指導の初回面接を利用することができます。

生活習慣を見直して健康づくりに取り組みましょう！

改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して、  
があり、よりリスクの高い方が、積極的支援になります。



## 2. 特定保健指導を受けましょう

### ○お持ちいただくもの

- ・ 特定保健指導利用券  
(健診当日や健診結果の説明時に特定保健指導をご利用された方は不要です。)
- ・ 保険証
- ・ 健診結果

※特定健診・特定保健指導は、「大阪市国民健康保険第三期特定健康診査等実施計画」に基づき実施しています。

## 特定健診等の血液検査でわかる項目

	正常域	保健指導	受診勧奨
中性脂肪 (mg/dl)	150未満	150～299	300以上
	<p>増えすぎると善玉コレステロールが減ります。 数値が高い場合、動脈硬化症、脂質異常症などが疑われます。</p>		
HDL コレステロール (mg/dl)	40以上	35～39	34以下
	<p>善玉コレステロールと言われ動脈硬化を予防します。 数値が低い場合、動脈硬化症などが疑われます。</p>		
LDL コレステロール または Non-HDL コレステロール (mg/dl)	LDL: 120未満	120～139	140以上
	Non-HDL: 150未満	150～169	170以上
	<p>数値が高い場合、動脈硬化症などが疑われます。 ※中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は、LDLコレステロールをNon-HDLコレステロールに代えて検査する場合があります。</p>		
GOT (AST) GPT (ALT) (IU/l)	31未満	31～50	51以上
	<p>肝臓に多くある酵素で、肝臓に障害があると血液中に増えてきます。 数値が高い場合、肝障害、脂肪肝などが疑われます。</p>		
γ-GTP (γ-GT) (IU/l)	51未満	51～100	101以上
	<p>肝臓に多くある酵素で、肝臓に障害があると血液中に増えてきます。 数値が高い場合、アルコール性肝障害、薬物性肝障害、胆道疾患などが疑われます。</p>		

	正常域	保健指導	受診勧奨
eGFR (血清クレアチニン から算出) (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	60以上		60未満
	数値が低い場合、慢性腎臓病が疑われます。		
血清尿酸 (mg/dl)	7.0以下	7.1~7.9	8.0以上
	数値が高い場合、痛風や腎臓の病気が疑われます。		
空腹時(随時)血糖 (mg/dl)	100未満	100~125	126以上
	食事からとった糖質がブドウ糖となって血液中に出てきたものが血糖です。 数値が高い場合、糖尿病などが疑われます。		
ヘモグロビン A1c (%)	NGSP値:5.6未満	5.6~6.4	6.5以上
	過去1~2か月間の血糖の状態がわかります。 数値が高い場合、糖尿病などが疑われます。		
<b>詳細な健診の項目 (医師が必要と判断した場合に実施)</b>			
貧血 血色素量 (ヘモグロビン) (g/dl)	男性13.1~17.9	12.1~13.0	12.0以下または 18.0以上
	女性12.1~15.9	11.1~12.0	11.0以下または 16.0以上
	赤血球数、ヘモグロビン量、ヘマトクリット値 などから貧血の状態をみます。		

## 特定健診

受診年月日		年 月 日	年 月 日
身長(cm)			
体重(kg)			
腹囲(cm)			
BMI			
血 圧	収縮期(最大)血圧(mmHg)		
	拡張期(最小)血圧(mmHg)		
血中脂質 検 査	中性脂肪(mg/dl)		
	HDLコレステロール(mg/dl)		
	LDLコレステロールまたは Non-HDLコレステロール(mg/dl)		
血糖検査	空腹時(随時)血糖(mg/dl)		
	ヘモグロビンA1c(%)		
肝機能 検 査	GOT(AST)U/I		
	GPT(ALT)U/I		
	γ-GTP(γ-GT)U/I		
腎機能 検 査	血清クレアチニン(mg/dl)		
	eGFR(血清クレアチニンから算出) (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )		
	血清尿酸(mg/dl)		
尿検査	糖		
	蛋白		
貧血検査	赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )		
	血色素量(ヘモグロビン)(g/dl)		
	ヘマトクリット値(%)		
心電図検査(該当区分に○)		異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)
眼底検査(該当区分に○)		異常認めず 異常あり(疑)	異常認めず 異常あり(疑)
そ の 他	既往歴		
	服薬歴		
	喫煙歴		
	自覚症状		
	他覚症状		
メタボリックシンドローム判定 (該当区分に○)		基 準 該 当 予 備 群 該 当 非 該 当	基 準 該 当 予 備 群 該 当 非 該 当
医師の判断/判断した医師			
受診機関名			

## 特定保健指導

利用年月日	年 月 日	年 月 日
特定保健指導 (該当区分に○)	*積極的支援 *動機付け支援	*積極的支援 *動機付け支援
その他(健康目標等)		

利用年月日	年 月 日	年 月 日
特定保健指導 (該当区分に○)	*積極的支援 *動機付け支援	*積極的支援 *動機付け支援
その他(健康目標等)		

## がん検診

受診年月日		年 月 日	年 月 日	
胃がん	検査法	・エックス線検査 ・内視鏡検査	・エックス線検査 ・内視鏡検査	
	判定	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	
	受診機関名			
	精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
判定受診機関名				
受診年月日		年 月 日	年 月 日	
大腸がん	判定	* 異常なし * 要精検	* 異常なし * 要精検	
	受診機関名			
	精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
		判定受診機関名		
受診年月日		年 月 日	年 月 日	
肺がん	判定	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	
	受診機関名			
	精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
		判定受診機関名		
受診年月日		年 月 日	年 月 日	
子宮頸がん	判定	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	
	受診機関名			
	精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
		判定受診機関名		
受診年月日		年 月 日	年 月 日	
乳がん	検査法	超音波・マンモグラフィ	超音波・マンモグラフィ	
	判定	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	* 異常なし * 経過観察 * 要精検	
	受診機関名			
	精密検査	受診年月日	年 月 日	年 月 日
判定受診機関名				