

○：必須項目
▲：いずれかの項目の実施でも可
■：医師の判断に基づき選択的に実施

ENEOSグループ健康保険組合

	区分	項 目	被保険者		被扶養者・任意継続			
			事業所定期健診受託 人間ドック(Aコース)	人間ドック(Bコース)	人間ドック (契約健診機関、 または契約外健診機関)	契約健診機関 一般健診	契約外健診機関 一般健診	全国巡回健診 (女性専用)
健 診 項 目	身 体 計 測	身長	○	○	○	○	○	○
		体重	○	○	○	○	○	○
		B M I	○	○	○	○	○	○
		腹囲	○	○	○	○	○	○
		肥満度	○	○	○	—	—	—
	生 理	血圧測定	○	○	○	○	○	○
		心電図	○	○	○	○	■	○
		心拍数	○	○	○	—	—	—
		眼底	○	○	○	—	■	○
		眼圧	○	○	○	—	—	—
		視力	○	○	○	—	—	—
		聴力	○	○	○	—	—	—
		呼吸機能	○	○	○	—	—	—
	超 X 音 線 波 ・	胸部 X 線	○	○	○	任意検査	任意検査	—
		上部消化管 X 線 ※内視鏡検査に変更可だが、細胞診検査は対象外	○	○	○	任意検査	オプション検査 ※注2	○ ※内視鏡に変更不可 オプション検査
		腹部超音波	○	○	○	—	—	—
	生 化 学	A S T (GOT)	○	○	○	○	○	○
		A L T (GPT)	○	○	○	○	○	○
		γ - G T (γ-GTP)	○	○	○	○	○	○
		中性脂肪 (TG)	○	○	○	○	○	○
		H D L コレステロール (HDL-C)	○	○	○	○	○	○
		L D L コレステロール (LDL-C)	○	○	○	○	○	○
		総コレステロール (TC)	○	○	○	—	—	○
		Non-H D L コレステロール	○	○	○	—	(○) ※注 1	○
		総ビリルビン	○	○	○	—	—	○
		A L P	○	○	○	—	—	—
		総蛋白 (TP)	○	○	○	—	—	○
		アルブミン (Alb)	○	○	○	—	—	○
		クレアチニン (Cre、Scr)	○	○	○	—	■	○
		推算GFR値 (eGFR)	○	○	○	—	(■)	—
		尿酸 (UA)	○	○	○	—	—	○
		H b A 1 c	○	○	○	▲	▲	▲
		血糖(空腹時)	○	○	○			
		随時血糖	—	—	—			
		尿素窒素 (BUN)	—	—	—	—	—	○
		血清鉄	—	—	—	—	—	○
	血 液 学	白血球 (WBC)	○	○	○	○	—	○
		赤血球 (RBC)	○	○	○	○	■	○
		血色素 (Hb)	○	○	○	○		○
		ヘマトクリット (Ht)	○	○	○	—		—
		M C V	○	○	○	—	—	○
		M C H	○	○	○	—	—	○
		M C H C	○	○	○	—	—	○
		血小板数 (Plt)	○	○	○	—	—	○
	血 清 学	C R P	○	○	○	—	—	—
		血液型 ※本人の申し出により省略可	○	○	○	—	—	—
		H B s 抗原 ※本人の申し出により省略可	○	○	○	—	—	オプション検査
	尿	尿一般(潜血など)・沈渣	○	○	○	○	—	○
		尿糖	○	○	○	○	○	○
		尿蛋白	○	○	○	○	○	○
	便	便潜血	○	○	○	任意検査	オプション検査 ※注2	○
	オ プ シ ョ ン 項 目	乳がん検診(マンモ、エコー検査)	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査 マンモ、もしくはエコー どちらか一つを選択	オプション検査	任意検査 マンモ、もしくはエコー どちらか一つを選択
		子宮頸がん検診(細胞診、HPV検査)	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査	オプション検査	任意検査 細胞診、もしくはHPV どちらか一つを選択
		P S A (前立腺がん検査)	オプション検査	オプション検査	オプション検査	任意検査	オプション検査	—
	診 診 察 ・ 問	医療面接	○	○	○	○	○	○
		医師診察	○	○	○	○	○	○
	指 定 判 導	結果説明	○	○	○	○	○	○
		保健指導	○	○	○	○	○	○
注意事項		【オプション検査とは】 検査費用を自己負担することで追加できる検査 です ※ただし婦人科検診の場合、受診当日に検査費 用を全額窓口で支払い、検診内容の証明ができ る場合は、補助金額の上限まで費用補助が可能 です 【任意検査とは】 ・希望する方のみ実施できる検査です ・費用の自己負担はありません	【婦人科検診】 ・下記のように検査を組合わせて同時に実施することも可能ですが、補助金額を 超過した検査費用については自己負担になります ・乳がん検診 : マンモグラフィー＋乳腺エコー ・子宮頸がん検診 : 細胞診＋HPV検査 【前立腺がん(PSA)検査】 ・健保費用補助上限以内であれば、補助対象です			※注 1 下記の場合、LDLコレステロー ルに代えてNon-HDLコレステ ロールでの評価が可能です ・中性脂肪が400mg/dl以上 ・食後採血の場合 ※注 2 補助上限30,000円以内の場 合、自己負担なしです。	・例年、有効性を確認しな がら検査項目を見直して いるため、検査内容が変 更になる場合があります ・胸部レントゲン検査は未 導入です	