

○：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)
身体計測	身長	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○
	BMI	○	○	○	○	○	○
	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	○	○	○	—	—	—
超音波	胸部X線	○	○	○	任意検査	任意検査	—
	上部消化管X線 <small>※内視鏡検査に変更可だが、細胞診検査は対象外</small>	○	○	○	任意検査	オプション検査 ※注2	○ <small>※内視鏡に変更不可</small>
	腹部超音波	○	○	○	—	—	オプション検査
生化学	A S T (GOT)	○	○	○	○	○	○
	A L T (GPT)	○	○	○	○	○	○
	γ-G T (γ-GTP)	○	○	○	○	○	○
	中性脂肪 (TG)	○	○	○	○	○	○
	HDLコレステロール (HDL-C)	○	○	○	○	○	○
	LDLコレステロール (LDL-C)	○	○	○	○	○	○
	総コレステロール (TC)	○	○	○	—	—	○
	Non-HDL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)	○	○	○	—	—	○
血液学	H b A 1 c	○	○	○	—	—	○
	血糖 (空腹時)	○	○	○	▲	▲	▲
	随時血糖	—	—	—	—	—	—
	尿素窒素 (BUN)	—	—	—	—	—	○
	血清鉄	—	—	—	—	—	○
	白血球 (WBC)	○	○	○	○	—	○
	赤血球 (RBC)	○	○	○	○	—	○
	血色素 (Hb)	○	○	○	○	■	○
血液学	ヘマトクリット (Ht)	○	○	○	—	—	○
	M C V	○	○	○	—	—	○
	M C H	○	○	○	—	—	○
	M C H C	○	○	○	—	—	○
	血小板数 (Pit)	○	○	○	—	—	○
	C R P	○	○	○	—	—	—
	血液型 <small>※本人の申し出により省略可</small>	○	○	○	—	—	—
尿	H B s 抗原 <small>※本人の申し出により省略可</small>	○	○	○	—	—	オプション検査
	尿一般(潜血など)・沈渣	○	○	○	○	○	○
	血糖	○	○	○	○	○	○
便	尿蛋白	○	○	○	○	○	○
	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 細胞診、もしくはHPV どちらか一つを選択	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 ※注2	—
診察・指導	医療面接	○	○	○	○	○	○
	医師診察	○	○	○	○	○	○
結果説明	結果説明	○	○	○	○	○	○
	保健指導	○	○	○	○	○	○
注意事項	<p>【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</p> <p>【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</p>	<p>【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+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</p>	<p>【任意検査】 ・任意検査 マンモ、もしくはエコー どちらか一つを選択 任意検査 細胞診、もしくはHPV どちらか一つを選択 任意検査</p>	<p>※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</p> <p>※注2 補助上限30,000円以内の場合、自己負担なしです。</p>	<p>・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</p>		