

医療施設長 様

鹿児島市医師会臨床検査センター

血色素量の保健指導判定値と受診勧奨判定値の表記について（お知らせ）

日頃より当検査センターをご利用いただき、誠にありがとうございます。

このたび、受託健（検）診事業検査報告書に血色素量の保健指導判定値および受診勧奨判定値を表記することになりましたのでお知らせします。

該当する検査項目をご依頼いただく際は、ご留意くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 変更日

2018 年 10 月 1 日（月）ご報告分より

2. 変更内容

保健指導判定値および受診勧奨判定値について

| 項目名 | 単位 | 基準範囲 | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|------|------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 血色素量 | g/dℓ | 男 13.1 以上 女 12.1 以上 | 男 13.0 以下 女 12.0 以下 | 男 12.0 以下 女 11.0 以下 |

※設定根拠は、平成 30 年度版の厚生労働省の資料より抜粋しました（WHO の貧血の判定基準、人間ドッグ学会作成のガイドラインより）。

※基準範囲は、報告書の基準範囲枠に男女別に印刷されます。

※一般診療基準値の変更はありません。

※受託健（検）診事業検査報告書は、裏面をご参照ください。

受託健(検)診事業検査報告書



| | | | | | |
|--------|---|----|--------|-------|-----|
| 医療施設名 | | 担当 | | 様 | |
| 受診者名 | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 受診者番号 | 採取日 |
| 受付 | 年 | 月 | 日 | 番号 | 報告 |
| 検体コメント | | | 検体コメント | | |

| 項目名 | 検査結果 | | 単位 | 基準範囲 () | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|------------------|------|------|-------------------------|----------|----------------------------|----------------------|
| | 今年度 | 前年度* | | | | |
| 中性脂肪 | | | mg/dL | | 150~299 | 300以上 |
| HDL-コレステロール | | | mg/dL | | 39~35 | 34以下 |
| LDL-コレステロール | | | mg/dL | | 120~139 | 140以上 |
| AST (GOT) | | | IU/L | | 31~50 | 51以上 |
| ALT (GPT) | | | IU/L | | 31~50 | 51以上 |
| γ-GT (γ-GTP) | | | IU/L | | 51~100 | 101以上 |
| 空腹時血糖 | | | mg/dL | | 100~125 | 126以上 |
| ヘモグロビンA1c (NGSP) | | | % | | 5.6~6.4 | 6.5以上 |
| 血清クレアチニン | | | mg/dL | | 男 1.11~1.20 女 0.71~0.80 | 男 1.21以上 女 0.81以上 |
| 尿酸 | | | mg/dL | | 7.1~7.9 | 8.0以上 1.4以下 |
| 推算GFR (eGFR) | | | ml/分/1.73m ² | | | |

| 項目名 | 検査結果 | 単位 | 基準範囲 () | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|---------|------|------------------------------------|----------|----------------------|----------------------|
| 赤血球数 | | X10 ¹² /mm ³ | | 男 13.0以下 女 12.0以下 | 男 12.0以下 女 11.0以下 |
| 血色素量 | | g/dL | | | |
| ヘマトクリット | | % | | | |

| 項目名 | 検査結果 | 単位 | 基準範囲 () | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|------------------------|------|----|----------|---------|---------|
| ＜肝炎ウイルス検診＞ | | | | | |
| H B s 抗原 | | | | | |
| H C V 抗体 | | | | | |
| Cut off index (C.O.I.) | | | | | |

| 項目名 | 検査結果 | 単位 | 基準範囲 () | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|-----------|------|-------|----------|---------|---------|
| ＜前立腺がん検診＞ | | | | | |
| P S A | | ng/ml | | | |

| 項目名 | 検査結果 | 単位 | 基準範囲 () | 保健指導判定値 | 受診勧奨判定値 |
|------------|------|----|----------|---------|---------|
| ＜大腸がん検診＞ | | | | | |
| 便ヘモグロビン1日目 | | | | | |
| 便ヘモグロビン2日目 | | | | | |

*前年度の検査結果は、平成24年2月以降に同一医療施設において、同一氏名、生年月日の受診者を対象として表示しております。

| 測定項目 | 市国保 | 国民健康保険 | 医療保険 |
|--------------|-----|--------|------|
| 中性脂肪 | ○ | ○ | ○ |
| HDL-コレステロール | ○ | ○ | ○ |
| LDL-コレステロール | ○ | ○ | ○ |
| AST (GOT) | ○ | ○ | ○ |
| ALT (GPT) | ○ | ○ | ○ |
| γ-GT (γ-GTP) | ○ | ○ | ○ |
| 空腹時血糖 | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c | ○ | ○ | ○ |
| 血清クレアチニン | ○ | ○ | ○ |
| 尿酸 | ○ | ○ | ○ |
| 推算GFR (eGFR) | ○ | ○ | ○ |

*1: 食後1時間未満の報告A1cの測定が推奨されています
*2: 血清クレアチニン・性別・年齢(生年月日)が必要です

