

## 基本検査項目

身体測定 診察等	問診	<input type="radio"/>	脂質	空腹時中性脂肪	●
	理学所見	<input type="radio"/>		随時中性脂肪	
	身長	<input type="radio"/>		HDL-cho	<input type="radio"/>
	体重	<input type="radio"/>		LDL-cho	<input type="radio"/>
	BMI	<input type="radio"/>	肝機能	GOT(AST)	<input type="radio"/>
	血圧	<input type="radio"/>		GPT(ALT)	<input type="radio"/>
	腹囲	<input type="radio"/>		γ-GTP(GGT)	<input type="radio"/>
	尿検査	<input type="radio"/>		腎機能	血清クレアチニン (eGFR) <input type="checkbox"/>
血液一般	尿糖	<input type="radio"/>	血糖	空腹時血糖	●
	尿蛋白	<input type="radio"/>		グリコヘモグロビンA1c (HbA1c)	
	赤血球数	<input type="checkbox"/>		随時血糖	
	血色素量 (ヘモグロビン)	<input type="checkbox"/>		心電図検査 12誘導	<input type="checkbox"/>
	ヘマトクリット値	<input type="checkbox"/>		医師の判断	医師の診断 (判定) <input type="radio"/>
眼検査	眼底検査	<input type="checkbox"/>			

○は、必須項目、●は、いずれかを実施、□は、医師の診断により実施する項目（自己負担なし）