

検査項目と説明

日帰り人間ドックの総合健診結果報告書の、2 枚目以降にある検査項目についてご説明致します。

なお文中に示す所見の頻度（％）は、原則として 2016 年の総合健診結果報告書における統計です。

問診（質問紙法など）	報告書には問診専用の報告欄は設けておりませんが、質問票の回答や看護師・医師による問診内容は、ドックの判定やメッセージ（『指導事項』と『日常生活上の注意』）に反映します。具体的には、主治医のもとで治療中の疾患があるかどうかとか、喫煙・飲酒などの生活習慣などがその例となります。
BMI	BMI（体格指数）とは、体重（kg）／身長（m） ² で表される指標で、これが 25 以上になると、日本肥満学会の基準では 肥満 と判定されます。
腹囲	立位で臍の高さを計測した胴回りで、メタボリックシンドロームや特定健診（いわゆる「メタボ健診」）の検査項目です。「ウエスト周囲径」ともいわれますが、一般に洋服のウエストとは違う数値になります。腹囲が男性で 85cm、女性で 90cm 以上の場合に、他の危険因子（血圧・血糖・脂質および喫煙）や薬物治療の有無次第では、 特定保健指導 の対象となります。
血圧	血圧とは、心臓から送り出された血液が動脈の壁を押す力です。 高血圧 は収縮期血圧 140mmHg 以上、または拡張期血圧 90mmHg 以上が慢性的に継続する状態です。自覚症状を伴うことは多くありませんが、心臓病・脳卒中・腎臓病などを起こしやすく、また悪化させやすくなるため、治療が必要です。治療は薬物療法のほか、食塩制限、野菜・果物・魚の摂取促進、脂肪制限、体重管理、運動、アルコール制限、禁煙といった、生活習慣の修正が有効だと証明されています。一方 正常血圧 とは収縮期血圧 130mmHg 未満、かつ拡張期血圧 85mmHg 未満の場合で、これより高い場合にはメタボリックシンドロームの判定において問題とされます。なお年齢や合併する疾患（例えば糖尿病・慢性腎臓病など）によって、治療の際に目標とされる血圧が異なりますので、詳しくは主治医にご確認ください。
視力	5 メートルの距離での視力で、数値が小さいほど視力が悪い（細かいものが見分けにくい）ことを示します。矯正視力とは、眼鏡などで補正した視力です。日本人間ドック学会では、0.7 以上を基準としています。
眼圧	機械で空気を吹き付けることにより、眼圧（眼球の圧力）を測定します。眼圧の基準は 22mmHg 未満であり、眼圧がこれより高いと緑内障の可能性があります。ただし眼圧が正常の場合でも緑内障はあり得ます。眼底検査の結果をご参照ください。
聴力	勤労者に義務づけられている二段階（1000Hz と 4000 Hz）の音の高さで聴力を調べます。検査結果は数値（dB）が大きいほど聴こえにくいことを示します。聴力の異常は耳鼻咽喉科でご相談ください。
喫煙	喫煙は呼吸器疾患・循環器疾患・がんなどの危険を増やします。質問票の回答と看護師による面接をもとに、「常習喫煙」があるか否かを判断し、メタボリックシンドロームに関連した危険因子の判定に利用します。

肺機能検査	口から筒に力いっぱい空気を吹き込んで、基本的な肺機能を測定します。肺活量とはいっばいに息を吸い込んだ状態から、完全に吐きだしたときの空気の量で、これが年齢や身長に比較して少ない場合（%肺活量が 80%未満の場合）を拘束性障害と呼び、男性の約 3.9%、女性の約 2.9%にみられ、軽度の場合はあまり問題になりません。一方空気を吐くのに基準より時間がかかる場合（1 秒率が 70%未満の場合）が閉塞性障害で、男性の約 18.4%、女性の約 9.3%にみられ、肺気腫や気管支喘息などが原因となることがあり、軽度の場合は 1 年後の再検、一定以上の場合や息切れなどの症状がある場合には、呼吸器内科専門医の受診をお勧めします。また喫煙が悪化の原因になるため、禁煙をお勧めします。混合性障害は閉塞性障害と拘束性障害の両方がある状態で、男性の約 0.6%、女性の約 0.4%にみられます。
眼底検査	暗室で瞳を広げた状態で、眼の一番奥（眼底）を撮影し、眼科医が診断します。最も頻度の高い異常所見は乳頭陥凹拡大で、約 17.6%に見られ、眼球と脳をつなぐ視神経の付着部（視神経乳頭）の中央部にある陥凹が、通常より広がっている状態を示し、緑内障を疑わせる所見です。緑内障は自覚症状が無いまま視力が低下することが多く、眼科受診が勧められます。なお近視があると、実際には緑内障ではない場合にも、乳頭陥凹に見ることがあります。眼科を受診してご確認ください。また視神経線維層欠損・視神経線維束欠損は、頻度は低い（約 0.13%）ものの、やはり緑内障を疑わせる所見で、眼科受診をお勧めします。眼底の表面に、光を感じる細胞がある網膜という層があり、その中心部は特に黄斑といって、細かいものを識別し色を感じる働きを持ち、視力にとって最も重要な部分です。黄斑が変性したのが黄斑変性で、約 0.9%に見られ、ゆがんで見えたり視力が低下したりする危険があります。黄斑前膜は黄斑が膜でおおわれるもので、約 2.6%に見られ、やはりゆがんで見えたりすることがあります。網脈絡膜萎縮は、網膜と、その下にある脈絡膜という層が萎縮して、正常網膜とは違って見える状態で、約 1.4%に見られ、炎症・出血・黄斑変性など原因はいろいろあり、また起きた場所や規模により視力に対する影響もさまざまです。眼底出血は網膜血管から出血したもので、視神経乳頭部の出血（乳頭出血）と合わせると約 1%弱に見られ、いろいろな原因によって生じ、起きた場所や規模によって視力に影響します。白内障は眼底より前方にある水晶体（レンズ）が白濁するもので、厳密には眼底所見ではありませんが、眼底検査から疑われることがあります。判定不能や眼底透見困難とご報告した場合、眼底が何らかの理由で見えにくかったことを意味し、ドックで行っている検査法があなたに向いていない可能性があるため、眼科でご確認をお願いします。また眼底検査では眼底血管の動脈硬化の程度などを診断します。高血圧性変化および動脈硬化性変化の分類（シャイエ分類：0～4 度）は、数字が大きいほど進行した状態を示します。報告書の眼底検査の欄で、横線より下に何も印刷されていないときは、正常（0 度）です。

心電図検査



心電図の各波の意味

P 波——心房の活動

QRS 波——心室筋の活動(収縮)

ST 部分・T 波

——心室筋が収縮から
もとに戻る過程

心臓の活動によって生じる微細な電気を、いろいろな方向から記録することにより、各種の**不整脈**や心臓の**肥大**（壁の厚みが増すこと）、心筋の**虚血**（血流低下）などが診断できます。心電図の波形は上図のように、P 波、QRS 波、ST 部分および T 波に分かれています。以下よくある所見を解説します。なお所見名に続く（）内は、2016 年の受診者中の所見出現率を示します。

心拍数が 50／分未満を**徐脈**、100 以上を**頻脈**といい、極端な場合や症状のある場合は精密検査が必要なことがあります。**洞性不整脈**は正常所見です。**期外収縮**は**心室性**（約 1.3%）と**上室性**（約 1.2%）があり、どちらも心臓が本来の周期を外れて早めに収縮することで、頻度、自覚症状などによって精密検査や治療が必要となることがあります。**心房細動**（約 0.8%）は心房が不規則に興奮して脈が不規則になる状態で、血液がよどみやすく、心房内に血栓（血のかたまり）を生じて脳梗塞につながる危険があるため、早期の受診と治療の検討が必要です。**ブロック**とは心臓内で電気信号の流れが正常に行われない場合で、**房室ブロック**（Ⅰ度からⅢ度）と**脚ブロック**（**右脚ブロック**および**左脚ブロック**など）に分類されます。**房室ブロック**は心房と心室の間の信号伝達遅れていることを示し、**Ⅰ度房室ブロック**（約 2.3%）は多くの場合問題ありませんが、新たに生じた場合、進行が見られる場合、程度が著しい場合などには再検査などをお勧めします。**Ⅱ度以上の房室ブロック**はドックで見られることはまれですが、少なくともその一部は精密検査や治療が必要になることがあります。**右脚ブロック**は心電図の QRS 波の幅により**完全右脚ブロック**（約 2.3%）と**不完全右脚ブロック**（約 1.2%）の二種類があり、いずれも原則としてご心配いりませんが、経過観察をお勧めする場合があります。ただし**左脚ブロック**（約 0.1%）はそれ自体の頻度は低いのですが、背景に心疾患が存在することがあり、精密検査や治療が必要になることがあります。**左脚前枝ブロック**および**左脚後枝ブロック**（あわせて約 0.8%）は原則としてご心配いりません。**PR 短縮**（約 0.8%）は P 波と R 波の間隔が短い（心房から心室への刺激伝導が通常より速く行われている）ことで、通常病的な意義はありませんが、まれに頻脈発作を起こすことがあり、動悸の経験がある場合専門医受診が勧められます。**ST 異常**（ST 低下など：約 1.6%）と**T 波異常**（約 1.6%）は一般に心臓の血流を反映するとされ、狭心症や心臓肥大の場合に出現することがあります。“**非特異的**”と付いた場合は中年以降の方や肥満・高血圧の方でも見られ、精査を必要としない変化

心電図検査（続き）	が多く含まれますが、C判定以上の場合は再検査または精密検査をお勧めする所見とお考えください。高電位差（約 2.0%）は心電図に現れる電位（波の振幅）が大きいことを示し、問題ないことが多いのですが、血圧の高い方では次の肥大に変化してくることがあります。肥大は左室肥大（約 1.3%）と右室肥大（約 0.3%）があり、それぞれ左心室と右心室の壁が厚くなっている状態で、上に述べたST異常・T波異常を伴う場合は、精密検査をお勧めします。また同じ所見名でも以前と比較して変化のある場合には再検査などをお勧めしています。
胸部単純X線検査	X線により肺・気管支・心臓・胸部大動脈などの情報を得ます。代表的な所見を解説します。古い炎症の痕跡は約 9.5%の方に見られ、既に治癒した肺の炎症の傷跡のことで、通常健康には影響しません。胸膜肥厚は約 0.9%に見られ、すでに治癒した胸膜（肋膜）の炎症の傷跡であることが普通で、通常健康には影響しませんが、後述の結節と紛らわしい場合には精密検査をお勧めする場合があります。無気肺とは、肺に空気の入りにくい部分が生じていることですが、部分無気肺や円盤状無気肺とご報告している状態は、それぞれ約 1.0%、約 1.1%に見られ、規模が小さく通常は問題になりません。ブラ（嚢胞）は約 0.5%に見られ、肺内に空気の袋ができていて、まれに自然気胸という病気の原因になることがありますが、通常は特に問題ありません。ただしブラが非常に大きい場合や、多発している場合には、肺機能の低下をまねくことがあり、また喫煙でブラが悪化する場合があるため、そういった方については禁煙と経過観察をお勧めしております。結節とは、かたまり状の影のことで、約 1.3%に見られ、いろいろな性質のものが含まれますが、初めて診断された場合や、過去と比較して変化を認める場合には、精密検査が必要です。そうした場合には報告書 1 枚目の『指導事項』欄に対処法のご説明がありますので、ご精読ください。心陰影拡大は文字通り心臓の影の幅が基準より大きいことで、約 3.7%に見られますが、多くの場合単独では病的意味の少ないもので、直ちに問題となる所見ではありません。ただ大きさの程度や経過によっては問題がある場合もありますので、例えばこれまで心臓の検査を受けたり通院されていたりしたことがない方については、精査をお勧めすることもあります。『指導事項』の欄に対処法のご説明がありますので、ご参照ください。大動脈延長とは胸部大動脈が長くなっている状態で、約 7.3%の方に見られます。大動脈石灰化とは胸部大動脈の壁にカルシウムの沈着が見られることで、約 8.6%の方に伴います。大動脈延長と大動脈石灰化はしばしば同時に見られ、いずれも動脈硬化の結果として生じる変化です。これらは年齢性の変化であることが多く、通常精密検査は不要ですが、動脈硬化の危険因子である、血圧・血糖・脂質の異常、肥満、喫煙などにご注意ください。なお胸部単純X線検査で一定以上の異常がみられた場合、CT（コンピューター断層撮影）などによる精密検査をお勧めしています。

腹部超音波検査	
腹部超音波検査 (臓器共通)	超音波検査は、ヒトの耳では聞こえない、高い周波数の音波（超音波）を体に当て、跳ね返ってきた超音波を画像にしたものです。人間ドックの腹部超音波検査は、肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓・大動脈などを主な対象としますが、他に膀胱、子宮、卵巣、前立腺などにも異常所見が認められた場合には報告いたします。ただし超音波は骨や空気に出会うと全て反射して、その奥が影になるため、どうしても死角ができる弱点があり、さらに脂肪組織も超音波の反射率が高い（通りにくい）ため、肥満、便秘、腹部の手術後などの場合、観察条件がよくないことがあります。また十分な検査のために、お受けになる方は腹式呼吸のご協力が重要です。 超音波検査は無害で、異常の発見には価値が高い反面、1回の検査だけで病変の確定診断が得られるとは限らず、3～6 ヶ月間をおいて再検査することで変化があるかを確認するか、MRI など他の画像検査による追加検査が必要になることがあります。 いろいろな臓器に共通な所見をここで解説します。嚢胞とは内部に液体が貯まった袋状の構造で、肝臓や腎臓では受診者のほぼ3分の1に見られ、ほとんどの場合が無害ですが、膵嚢胞はいろいろな素性のものが含まれるため、追跡や精密検査が必要な場合があります。石灰化とは、部分的にカルシウムがたまって見える箇所のこと、原則として無害です。SOL（エス・オー・エルと読みます）とは、「占拠性病変」の英語イニシャルで、「周囲の正常部分と違って映る箇所」が存在することを意味します。見え方により、高エコー（低エコー） SOL とか高エコー（低エコー） 斑のように表現する場合があります。高エコーとは周囲より白く、低エコーとは周囲より黒く、それぞれ映ることを示します。また異常エコーと表現している所見も同じ意味です。SOL のなかには腫瘍・非腫瘍などいろいろな病変が含まれており、また報告書の制約上、病変の個数、大きさ、形状などの記載が制限されます。SOL は、初めて診断された場合や、過去の所見から変化があった場合には、何らかの対応が必要となります。この場合必ず報告書1枚目の『指導事項』欄に対処法のご説明がありますので、ご精読をお願いします。逆にすでに診断がついている場合や、過去の所見と差がない場合には、特にそのようなお勧めは致しませんので、次回まで経過を見てください。
腹部超音波検査 (肝臓)	肝脂肪浸潤は、脂肪沈着とも表現され、いわゆる脂肪肝のことです。肝臓に中性脂肪を中心とする脂肪が増加して生じ、男性の約38%、女性の約14%に見られますが、血液生化学検査上で肝機能異常の原因となることがあり、また比較的まれとはいえ、長い間には慢性肝炎に似て、肝硬変や肝がんに進む場合があることが知られています。節酒や減量、運動が勧められます。SOL（異常エコー）は約7.2%に認められ、初めて診断された場合や、過去の所見から変化があった場合には、再検査や精密検査が必要です。臓器共通欄もご覧ください。肝血管腫とは、約8.6%に見られ、一応良性腫瘍に分類され

腹部超音波検査 (肝臓) 続き	ますが、血管のかたまり(「あざ」のようなもの)が肝臓にできている状態で、SOLの一種として描出され、影の形状や過去の経過などから、血管腫と診断されます。血管腫は基本的に無害ですが、初めて診断された場合や、大きさの推移によっては、追跡や追加検査をお勧めする場合があります。辺縁鈍化とは、通常とがって見える肝臓の断面が、丸く映っている状態で、約0.8%に見られ、かつて肝辺縁がシャープでないという表現でご報告してきました。肝臓に軽度の腫れが疑われる状態ですが、単独では病的意味が少ないと考えられます。慢性肝障害パターンは1%弱に見られ、前記肝縁鈍化に肝臓内部の所見が加わったものですが、やはりこの超音波所見だけで、他に血液生化学的検査などの異常がない場合は、病的意味が少ないと考えられます。嚢胞・石灰化については、臓器共通欄をご覧ください。
腹部超音波検査 (胆嚢・胆管)	ポリープとは内腔に隆起した病変で、胆嚢ではドック受診者の約26%に見られ、そのほとんどが内部にコレステロールが詰まった、コレステロールポリープと呼ばれる無害なものですが、まれに腫瘍性のポリープも見られるため、初めて診断した場合には間をおいての再検をお勧めしています。胆嚢結石は5.7%に見られ、多くは無症状です。結石で胆嚢が充満している場合や症状のある場合には、外科手術が検討されます。スラッジは胆泥または胆砂ともいい、1%弱に見られ、胆嚢内の固形物ですが結石のように固まっておらず、流動するものです。症状をもたらすことはまれですが、新たに認められた際には再検査やMRI検査をお勧めする場合があります。胆嚢壁肥厚は胆嚢の壁の一部、または全体の厚みが増加したもので、約8.6%に見られ、多くは胆嚢腺筋腫症(アデノミオマトーシス)という原因不明の良性の変化ですが、新たに診断されたときや過去と比べて変化がある場合は、腫瘍や炎症などとの鑑別も必要なため、再検などをお勧めしています。コメットようエコー(胆嚢コメットエコー)は光る点の後ろに影を引くもので、無害な所見です。胆管(胆道)は肝臓で作られた胆汁を、十二指腸まで運ぶ管です。肝臓の出口(肝門部)から十二指腸へ胆汁を送る総胆管と、その上流の枝である肝内胆管に分かれます。胆道拡張(肝外胆管拡張・肝内胆管拡張)とは、これらの管が普通より太くなっている状態で、前者は約1.7%に見られますが、後者はまれです。いずれも新たに診断された場合は、胆管の下流(肝内、総胆管下部または膵頭部など)に胆汁の流れを妨げている腫瘍や胆管内結石などの原因がないかどうか、再検査や他の画像検査が必要となります。
腹部超音波検査 (膵臓)	膵臓は腹部深くに位置するため、胃や大腸のガスの影になりやすいほか、体型の影響を受けやすく、全体が観察できないことがよくあります。右から「頭部」「体部」および「尾部」に区分され、例えば「体部異常なし」とご報告した場合、頭部と尾部は検査条件が十分でなかったことを示します。この理由から、膵臓に新たな所見が認められた場合、他の画像検査が必要となることが少なくありません。膵臓の嚢胞は約3.6%に見られますが、肝・腎などの嚢胞とは意義が異なり、それ自体が腫瘍でなくとも、膵腫瘍と関連することがある

腹部超音波検査 (膵臓) 続き	ため、嚢胞性病変と表現することがあります。膵臓の嚢胞が新たに見られた場合、MRI による膵全体の検査や定期的な追跡をお勧めすることがあります。主膵管は膵臓で作られた膵液を十二指腸に送る管で、この主膵管が普通より太くなった状態を主膵管拡張と呼び、約 0.9%に見られます。特に新たに診断された場合は、下流(膵頭部など)に流れを妨げているもの(腫瘍・結石など)がないか、追跡や MRI による追加検査などをお勧めすることがあります。SOL (異常エコー)は 1%強に見られます。新たに診断された場合は、追跡や精密検査をお勧めする場合があります。臓器共通欄もご覧ください。
腹部超音波検査 (脾臓)	副脾とは脾臓の血管が出入りする付近に小さい脾臓がもうひとつ(まれに複数)付いているもので、約 8.5%に認められ、先天的で無害な所見ですが、腫瘍などとの鑑別が必要な場合(特に膵臓の内部に副脾がある場合)には再検や MRI による追加検査をお勧めすることがあります。腫大は脾臓のサイズが大きめなことで、約 3.9%に認められ、多くは無害です。嚢胞・SOL (異常エコー)については、臓器共通欄をご覧ください。
腹部超音波検査 (腎臓)	腎臓の結石は約 6.8%に見られ、無症状が普通ですが、もし腎臓と膀胱をつなぐ尿管という細い管に結石がはまり込んだ場合には、尿管結石となり、脇腹から股にかけての激痛を起こす場合があります。腎盂拡張や水腎症は、約 0.7%に見られ、腎臓で作った尿を集める腎盂という部分が広がっている状態で、下流(尿管・膀胱など)に尿の流れを妨げているものがないか、追跡や泌尿器科受診などをお勧めすることがあります。SOL (異常エコー)は約 2.3%に見られます。新たに出現した場合や過去とサイズ等が増大した場合は追加検査や泌尿器科受診をお勧めすることがあります。臓器共通欄をご覧ください。血管筋脂肪腫は SOL の一種であり、腎臓の代表的な良性腫瘍の一種で、影の形状や過去の経過などから超音波でも診断されることがあります。通常は放置しても大丈夫ですが、新たに診断されたときは、他の疾患との鑑別のため追跡や精密検査をお勧めすることがあります。嚢胞・石灰化については、臓器共通欄をご覧ください。
腹部超音波検査 (その他)	この欄では腹部大動脈・副腎・前立腺・婦人科臓器などの所見があった場合にご報告します。腹部大動脈瘤は、大動脈の壁が膨らむか、壁の内部に裂け目が入った状態で、頻度は低いのですが、進行すると破裂して緊急手術の対象となる場合もあります。循大動脈の枝である総腸骨動脈にできた総腸骨動脈瘤などとともに、進行しないかどうか、循環器専門医の受診が必要です。脾動脈瘤とは、脾臓に入る動脈(脾動脈)の一部の壁が膨らんだもので、動脈硬化と関連が想像され、進行する頻度は高くありませんが、初めて診断されたときは追跡をお勧めすることがあります。大動脈石灰化・蛇行・口径不同(動脈の径が場所による太さの違いが生じていること)などは、あわせると約 9.6%に見られ、いずれも動脈硬化によるもので、血圧・肥満・脂質異常・血糖異常・喫煙など、動脈硬化の危険因子にご注意ください。副腎腫瘍

腹部超音波検査 (その他) 続き	は、ホルモンの異常がないか、内分泌内科を受診してください。腹水は腹腔内に液体がたまっている状態で、男性では約 0.1%あまりにしか見られませんが、女性では約 2.4%に見られます。腹水が少量の場合、病的意味のないことも多く、特に女性では月経周期に伴い出現することもまれではありませんが、念のため追跡をお勧めすることもあります。腹部リンパ節腫大や腹部腫瘤については、頻度は低いですが、臓器共通欄の SOL (異常エコー) に準じて、追跡や精密検査が必要となることがあります。婦人科領域、および前立腺については、ドックの超音波検査が通常排尿後に実施することから、観察条件は万全ではありません。子宮筋腫は女性受診者の約 17.9%、卵巣嚢腫は女性受診者の約 2.3%に見られ、場合により婦人科受診をお勧めしています。なお婦人科領域については、婦人科医の診断を経てご報告しています。
上部消化管検査 (内視鏡・X線)	主として食道・胃・十二指腸を対象とした検査です。食道の裂孔ヘルニアとは食道と胃の継ぎ目が本来の位置より上にずれている状態のことで、内視鏡受診者の約 2 割に報告され、胃液の食道への逆流が起こりやすく、逆流性食道炎 (軽度のものを含めると内視鏡受診者の約 54%に見られます) や、バレット粘膜 (胃酸に弱い食道粘膜が、胃粘膜に似たものに変化した状態で、内視鏡受診者の 1 割弱に報告されています) を合併することがあります。逆流性食道炎がある場合、胸焼けなど症状があれば受診して治療を受けてください。食道癌や咽頭癌はお酒を飲むと赤くなりやすい方 (既往を含む) の飲酒や、喫煙が危険因子とされています。食道異型上皮は、癌ほど悪性度が強くないものの腫瘍性病変であり、禁酒・禁煙、および定期的な追跡が必要です。食道や咽頭の乳頭腫、および胃の胃底腺ポリープ (内視鏡受診者の約 28%に見られます) は、良性で一般には心配ありません。粘膜下腫瘍 (内視鏡受診者のうち、胃では約 5%、食道では約 1.2%に見られます) は粘膜の下にある筋腫などが表面を持ち上げているもので、多くは経過観察だけでよいのですが、大きくなる場合は切除の対象となることがあります。びらんとは浅い「ただれ」のことで、胃では内視鏡受診者の約 9%に見られ、ほとんどは炎症によるものですが、なかには腫瘍との鑑別が必要な場合もあります。潰瘍とは、表面に傷ができ、穴が掘れている状態で、胃潰瘍や十二指腸潰瘍は、悪化すると出血や穿孔 (穴が壁を貫通してしまうこと) の恐れがありますので、仮に無症状であっても受診・治療が必要です。最近胃癌の多くにピロリ菌という細菌が関与していることが判明しました。ピロリ菌は慢性胃炎や胃・十二指腸潰瘍、ある種の胃ポリープ、胃の腺腫およびリンパ腫などにも関与していることがあり、ピロリ菌を除菌することでこれらの危険を減らせると考えられています。慢性胃炎のすべてがピロリ菌に関連するわけではありませんが、ピロリ菌が原因の萎縮性胃炎に胃癌の合併が見られるため、萎縮性胃炎のある方は定期的な内視鏡検査をお勧めします。萎縮性胃炎は内視鏡受診者の約 20%に見られます。変化が比較的軽度な場合、萎縮性変化ありのように報告しますが、こちらは内視鏡受診者の約 16%に見られ

上部消化管検査 (内視鏡・X線) 続き	ています。 生検 (組織の顕微鏡検査)は当ドックの上部消化管内視鏡検査では6%強の方に行っていますが、その結果の詳細は紙面の都合もあって、総合検診結果報告書ではお伝えできません。生検で得られる組織は少量であり、診断には限界があって、一回の生検で炎症や腫瘍の鑑別が困難な例もあります。報告書1枚目の『 指導事項 』欄で受診や再検査をお勧めしている場合、必ず結果説明外来などをご受診ください。
糖・脂質・内分泌代謝系検査	
TSH	甲状腺刺激ホルモンともいい、脳の下垂体という部位から分泌され、 甲状腺機能 の指標となるホルモンです。血液中の甲状腺ホルモンが足りない場合(近年動脈硬化との関連が指摘されている)にTSHは上がり、逆に甲状腺ホルモンの過剰でTSHは下がります。もともと変動しやすいホルモンですが、TSHが基準値をはずれている場合には再検した上で、一定以上の異常を認める場合には、内分泌内科専門医の受診をお勧めしています。
Free T4	甲状腺から分泌されるホルモンのうち、血液中のタンパク質と結合していない遊離型(Free)のT4(チロキシン)のことで、 甲状腺機能 の指標となるものです。基準値を外れている場合には再検あるいは内分泌内科専門医の受診をお勧めしています。海藻やヨードを含むうがいなど、ヨウ素を過剰に摂取するとT4の分泌が低下することがあり、注意が必要です。
脂質共通	脂質は、炭水化物(糖質)、蛋白質とならぶ栄養素のひとつです。血液中の脂質は、食事から摂取されたものと肝臓で合成されたものから成り立っています。当センターでは、 中性脂肪、総コレステロール、LDL コレステロール、およびHDL コレステロール を測っています。いずれかの値が基準値からはずれている場合を 脂質異常症 と呼んでいます。脂質異常症を指摘された場合には、食事に含まれる脂肪の質・量と食物繊維の量をチェックしてバランスをよくすることが重要です。そのため管理栄養士による栄養指導をお勧めします。
中性脂肪	私たちの体を動かすエネルギー源のひとつですが、高い(空腹時に150mg/dl以上)と動脈硬化の危険因子となります。極めて高い(1000mg/dl以上)と急性膵炎を発病する危険もあります。食後は空腹時より高くなります。カロリーや炭水化物(糖質)の過剰摂取や飲酒で上昇し、減量・節酒・運動・n-3系多価不飽和脂肪酸を多く含む青魚類の摂取で低下します。メタボリックシンドロームの判定基準のひとつです。
総コレステロール	血液中のコレステロールをすべて足し合わせたもので、下記のHDL コレステロールやLDL コレステロールを含んでいます。現在この値のみを根拠としての判定は行っていない。
HDL コレステロール	体の中で余ったコレステロールを回収し、動脈硬化の予防に働く脂質です。そのため『善玉コレステロール』と呼ばれることがあります。これが低い(40mg/dl未満)と動脈硬化の危険因子となります。運動不足・肥満・喫煙・n-6系多価不飽和脂肪酸を多く含む植物油の摂り過ぎなどで低下し、運動・

HDL コレステロール (続き)	減量・禁煙・飲酒により上昇します。ただし過剰な飲酒は HDL コレステロールの働きを悪くするため注意が必要です。メタボリックシンドロームの判定基準のひとつです。
LDL コレステロール	本来は全身にコレステロールを届ける、体にとって必要な脂質です。現代の一般的な食習慣では過剰になりやすく、過剰になると動脈硬化が進んで心筋梗塞やアテローム血栓性脳梗塞などの心血管疾患を発病する危険が増すため、『悪玉コレステロール』と呼ばれることがある動脈硬化の危険因子です。LDL コレステロールの高い方は飽和脂肪酸を多く含むチーズ・バター・生クリームや脂の多い肉、トランス脂肪酸を多く含む市販の洋菓子・スナック菓子などを控えるようにしましょう。卵黄などコレステロールを多く含む食品も LDL コレステロールを増やす場合があります。 日本動脈硬化学会は 120mg/dl 未満を基準値、120-139mg/dl を境界域（糖尿病や慢性腎臓病の方等は治療対象）とし、高 LDL コレステロール血症のうち 140-179mg/dl を動脈硬化危険因子がある場合に栄養指導等の生活習慣指導・治療の対象、180mg/dl 以上を専門医受診としています。ご治療中の方は、年齢や性別、合併する疾患や動脈硬化危険因子などによって治療の目標となる値が異なりますので主治医にご確認ください
ヘモグロビン A1c (HbA1c)	『ヘモグロビン・エー・ワン・シー』と呼ばれ、血糖の指標の一種です。採血時点の血糖というより、1～3 ヶ月間の総合的な血糖の水準を示しています。6.5%以上が日本糖尿病学会の基準で糖尿病型です。6.0%以上は日本人間ドック学会の『要経過観察』で、すでに糖尿病を発症しているか、近い将来糖尿病を発症する危険の高い方々が含まれます。特定健診（いわゆるメタボ健診）特定保健指導の判定では、5.6%以上を問題としています。なお 2014 年 4 月以降は HbA1c 値としてそれ以前の検査値（JDS）よりおおよそ 0.4% 高い国際標準（NGSP）値を使っていますので、以前の値と比較する場合はご注意ください。
空腹時血糖	血液中のブドウ糖の値を血糖値といいます。日本糖尿病学会の基準では、空腹時血糖 126mg/dl 以上が糖尿病型、110～125mg/dl が境界型（すでに糖尿病を発症しているか、近い将来糖尿病を発症する危険の高い、いわゆる『糖尿病予備群』）、100～109mg/dl が正常高値、99mg/dl 以下が正常値です。特定健診（いわゆるメタボ健診）特定保健指導の判定においては 100mg/dl 以上を問題としています。高血糖は、動脈硬化の危険因子です。血糖値は、運動不足・カロリーや糖質の過剰摂取・肥満を是正すると低下します。 ・ 血糖が今回と前回の 2 回糖尿病型、あるいは血糖とヘモグロビン A1c が糖尿病型の場合は糖尿病と診断します。糖尿病と診断された方は必ず定期通院をしてください。糖尿病の方は動脈硬化が進みやすいため、血糖値だけでなく LDL コレステロールや血圧もより低い値に保つことが求められます。 ・ 『糖尿病型』の方は糖尿病かどうかを判定するため、血糖と HbA1c の

空腹時血糖（続き）	再検査、あるいはブドウ糖負荷試験を受けてください。 『境界型』、『血糖正常高値で HbA1c が 6.0%以上』の方も食後血糖だけが高い糖尿病のことがあるため、ブドウ糖負荷試験をお勧めしています。 - いわゆる『糖尿病予備群』の方は、糖尿病を発症しないよう、定期的に血糖、HbA1c の検査を継続し、運動不足・食習慣・飲酒の見直しを続けることが重要です。
血液学的検査	
白血球数	白血球数は血液 1mm ³ あたりの白血球の実数で、感染・外傷・炎症などがあると増加（時に減少）し、薬剤や特定の疾患で減少することがあります。ただし白血球数には個人差があり、たとえ基準値を多少逸脱していても、いつもと大差ない場合には、あなた自身の基準範囲内かもしれません。
赤血球数 ヘモグロビン ヘマトクリット	ヘモグロビン は血液中の赤い色素で、赤血球の内部にあり、酸素を運搬しています。 ヘマトクリット とは血液中の赤血球の体積の割合（%）をほぼ意味しますので、これら項目はだいたい同じような意義があります。ヘモグロビンが基準より低下しているのが 貧血 で、「息切れ」などの自覚症状の原因となります。貧血がある場合、 MCV・MCH で表される赤血球のサイズが原因の手がかりになることがあります。逆に ヘモグロビン などが基準より一定以上増えている場合は 多血症 と呼び、喫煙や睡眠時無呼吸症候群などが影響することがあります。
血小板数	血小板は止血を担当する血球（血液細胞）で、極端に減少（例えば 3 万/mm ³ 以下）すると出血しやすくなります（鼻出血・歯肉出血・皮膚の出血斑など）。異常値の程度によっては、再検をお勧めすることがあります。
白血球分画	白血球分画とは、血液中の各種白血球、つまり好中球（桿状核および分葉核）、好酸球、好塩基球、単球、リンパ球などの割合（%）のことです。これらが本当に異常かどうかは割合（%）でなく絶対数（血液 1mm ³ あたりの当該白血球の実数）で判断するのが正しく、当ドックの判定は絶対数で行っています。そのため報告書の*印と判定・メッセージが一致しないことがあります。2015 年 4 月より、割合（%）に加えて、絶対数を計算してご報告しています。また その他の白血球 とご報告するのは、血液中によく見られる上記 6 種類以外の白血球が出現した場合で、必ずしも重大な意義があるとは限りませんが、一時的なものかどうかの確認のため、再検をご検討ください。
血液生化学的検査	
総蛋白・アルブミン A/G 比	いずれも血液中（正確には血清中）の蛋白を調べる検査です。 アルブミン は代表的な血清蛋白のひとつです。血清蛋白の軽度の増減は、病的な意味を持つことは少ないですが、肝疾患・腎疾患・炎症性疾患・血液疾患などで異常値を呈する場合があります。また A/G 比 とは、アルブミンと、アルブミン以外の血清蛋白（グロブリン）との比で、肝疾患・慢性炎症・血液疾患などで低下します。

総ビリルビン	著しく上昇すると 黄疸 となります。ビリルビン高値の原因として、肝疾患・胆道閉塞（胆汁の通過障害）・特殊な貧血などが挙げられます。ただし肝機能異常を伴わない軽度の上昇は、多くの場合体質性の無害なものです。
尿素窒素・クレアチニン	どちらも 腎機能 （腎臓の老廃物排泄速度）の指標です。尿素窒素は脱水やタンパク質の摂取量などに左右されるため、現在これによる判定は行っていません。クレアチニンは体格（筋肉量）に影響され、男女で基準値に差があります。また後述の eGFR （推算糸球体濾過値）の計算に利用されます。
尿酸	血液中の尿酸が高い状態（ 高尿酸血症 ）は、痛風や腎結石が起こりやすくなります。尿酸値の上昇は、腎障害やある種の薬剤などでも起こりますが、尿酸の原料である「プリン体」（内臓類や干物などに多い）や果糖の過剰摂取、飲酒、メタボリックシンドロームが原因になることが知られています。
ナトリウム・クロール	どちらも血液中で最も多いミネラルで、頻度は低いながら脱水や腎障害、ある種のホルモンの異常、薬剤の影響などが異常値の原因になります。一定以上の異常では、再検をお勧めします。
カリウム	これも血液中のミネラルで、腎障害やホルモンの異常のほか、ある種の薬剤や下痢・嘔吐などが異常値の原因となります。極端な低値および高値では、脱力や不整脈などをきたすことがあります。一定以上の異常では、再検をお勧めします。
カルシウム・無機リン	どちらも血液中よりは骨に豊富なミネラルで、副甲状腺などのホルモン異常、ビタミン D の過剰、腎障害、およびある種の薬剤の影響などを原因として異常となることがあります。なおカルシウム値については、血清蛋白（アルブミンなど）の値により、見かけ上低く、または高く見えることがあります。このため当ドックではアルブミン補正值で判定しています。ただし補正值自体は報告書からは割愛しています。カルシウム・無機リンともに、一定以上の異常では、再検をお勧めしています。
GOT（AST） GPT（ALT） LDH（LD）	一般に 肝機能検査 と呼ばれる検査項目で、ウイルス性肝炎・アルコール性肝障害・薬剤性肝障害などを原因とする肝細胞の破壊によって異常高値となります。ただし、GOT（AST）と LDH（LD）は肝臓に限らず、心臓・骨格筋・血液など、ほぼ全身の臓器に分布するため、これらだけが高値の場合には、ただちに肝障害とは断定できません。
ALP	これも 肝機能検査 のひとつで、肝障害や胆道閉塞（胆汁の通過障害）のほか、骨の代謝異常などでも上昇します。
γGT	これも 肝機能検査 のひとつで、特にアルコール性肝障害で上昇するのが有名ですが、それ以外にも慢性肝炎や脂肪肝、薬剤（睡眠薬・抗てんかん薬など）による肝障害や、胆道閉塞（胆汁の通過障害）でも高値となります。
コリンエステラーゼ	肝臓における蛋白合成の程度を反映し、脂肪肝やネフローゼ症候群などでは高値を、また肝硬変や低栄養では低値となります。病的意義が必ずしも高くはないと考え、現在この項目による判定は行っていません。

アミラーゼ	炭水化物を消化する酵素で、膵臓で作られ、膵疾患の場合に高値となることがあります。ただし唾液腺でもアミラーゼは作られており、また排泄遅延でも増加する可能性があるため、血液中でこれが上昇していてもただちに膵臓または唾液腺の異常とは限りません。
蛋白分画	全部で数百種類が知られている数多くの血清蛋白を、大きく五つのグループに分けて割合を見たものです。このうち ガンマーグロブリン 分画は、慢性炎症などの結果として上昇することがあり、炎症性疾患や肝疾患などの発見に役立つ場合があります。また 異常蛋白 としてご報告するのは、 M 蛋白 などとも呼ばれるもので、特に意義のないことも多いのですが、血液疾患や、その前兆のこともあり、追加検査が勧められます。
フェリチン	鉄分の貯蔵を担当する蛋白質で、貧血の中で最も頻度の高い鉄欠乏性貧血で減少し、逆に鉄の過剰で上昇します。一部の腫瘍性疾患や膠原病等の炎症性疾患で上昇が見られることがあります。また脂肪肝では、この値が高いと肝炎をきたし、肝病変が進展しやすいと考えられています。当ドックを受診された方の中では、男性の 43%、女性の 33%が検査室の基準値を超えています。一方血清フェリチン値が 500ng/mL を超えた場合鉄過剰を疑うという国の基準があり、現在この高値と肝障害が併存する場合に判定しています。
腫瘍マーカー	よく誤解されますが、残念ながら現在のところ血液検査では腫瘍の有無を診断できません。進行癌が存在しても、腫瘍マーカー（後述の PA (PSA) を除く）が異常値を示さない割合は 30～70%あり、つまり腫瘍マーカー陰性は、体内に腫瘍がないことを保証しません。ただし腫瘍マーカーが高値を示す場合には、原因の検査が勧められます。 CEA は大腸癌をはじめいくつかの臓器腫瘍の、 アルファフェト蛋白 は肝臓癌などの、 エラスターゼ 1 は膵癌の、 PA (PSA) は前立腺癌の、それぞれマーカーとされます。腫瘍マーカーは喫煙などの生活習慣や、腫瘍以外の良性疾患でも上昇することがあり、検査の高値がただちに腫瘍を示すとは限りません。基準より高値だった場合、軽度であれば間をおいての再検をお勧めします。またその場合でも過去の値より上昇していない場合、再検をお急ぎにならなくてもよいかも知れません。
血清学的検査	
CRP	血液中の蛋白の一種で、体のどこかに炎症（大雑把に言えば、熱の出るような状態）があると高値になります。原因不明の場合、再検をご検討ください。
RF（リウマチ因子）	関節リウマチ という疾患の患者さんの血液によく現れる異常ですが、これがあるからと言ってリウマチにかかっている、または将来かかるとは限りません。関節の腫れ、痛みなどの症状（特に複数の関節で）がある場合、リウマチ膠原病内科などを受診する値打ちがあるかも知れません。2012 年 4 月から検査法が標準化され、それ以前より高い値が出やすくなりました。
RPR 法	いわゆる梅毒血清反応ですが、炎症性疾患や肝疾患で陽性になることがあります。日本人間ドック学会の基本検査項目に当たります。

HBs 抗原	HBs 抗原は B 型肝炎 ウイルスが血液中に存在することを示します。ウイルス肝炎は自覚症状のないまま肝硬変や肝がんに行進する場合がありますことがわかっています。肝炎の状態を診断するには血清中のウイルス遺伝子を測定する必要があり、もしこれまでそのような検査をしていないならば、ぜひこれらの追加検査をお受けください。
HC 抗体	HC 抗体は C 型肝炎 ウイルスに対して体内で作られた蛋白質（ただし感染防御力はない）で、過去に C 型肝炎ウイルスが体内に入ったことを示します。ウイルス肝炎は自覚症状のないまま肝硬変や肝がんに行進する場合がありますことがわかっています。肝炎の状態を診断するには血清中のウイルス遺伝子を測定する必要があり、もしこれまでそのような検査をしていないならば、ぜひこれらの追加検査をお受けください。
ヘリコバクターピロリ抗体	ピロリ菌という細菌に対して、ヒトの体内で作られる蛋白質を調べるもので、この抗体が陽性の場合、ピロリ菌が胃の中に持続感染している（住み着いている）ことを示します。ピロリ菌に持続感染していると、慢性活動性胃炎を起こし、胃癌をはじめとしたピロリ菌に関連した疾患にかかる可能性が高くなります。従って、ピロリ菌感染ありと判定された方には除菌治療をお勧めしています。 ・ ヘリコバクターピロリ抗体陽性（抗体値$\geq 10\text{U/ml}$）と判定された方で、過去に除菌治療（服薬）歴が無い方は、医療機関を受診し治療の必要性についてご相談ください。6 ヶ月以内に「内視鏡検査にて胃炎」、「内視鏡または造影検査にて胃潰瘍・十二指腸潰瘍」などの確定診断を受けている場合には、保険診療で除菌治療ができます。 ・ 抗体値 $3.0\sim 9.9\text{U/ml}$ の場合、従来陰性と判定してきましたが、日本ヘリコバクター学会の勧告によりこれを擬陽性とし、過去に除菌治療歴がない方はピロリ菌感染が否定できないため、他の検査法（尿素呼気試験など）による判定や、内視鏡検査による画像診断での判定をお勧めすることにします。（追加検査は自費となる場合もあります）。 なお、ピロリ菌の除菌が成功しても、すぐにはピロリ菌関連の疾患のリスクがゼロになる訳ではありません。除菌後も定期的な内視鏡検査や胃がん検診を継続して受けていただくことが必要かつ重要です。 一方、既に除菌治療を受けられている方では、この抗体検査はすぐには陰性化しないため、検査値の解釈には注意が必要です。詳細は除菌を担当された医師にご相談いただき、今後の指示をお受けください。
尿検査等	
pH	尿の酸・アルカリ度を示します。変動することが普通で、一度の検査では病的とは言えないため、判定には利用していません。
尿糖	糖尿病の判定は空腹時血糖や HbA1c で行われるため、尿糖は糖尿病の判定には使用していません。ただしもし血糖値などが正常で尿糖のみ陽性の場合、特殊な腎疾患かも知れないので、再検をご検討ください。

蛋白	尿蛋白は多くの場合、腎臓で尿が作られる際に、血液中の蛋白が尿へと漏れてくるために起こり、腎臓内部に異常があることを示しています。一方で蛋白尿自体が直接腎臓を傷め、将来の腎機能を悪化させることもわかっています。また蛋白尿は、寿命にも影響することが報告されています。蛋白尿の量が多いほど、これらの悪影響が大きくなりますが、少量の蛋白尿であっても、動脈硬化と関連するという説があります。尿蛋白 1+以上の方には定量検査（量を数値で精密にはかること）による再検を、2+以上の方には腎臓内科専門医受診を、原則としてお勧めします。
潜血	尿潜血は 血尿 とほぼ同じ意味ですが、当ドックでは男性の約 7.7%、女性では生理中を除くとの約 20.5%の方が潜血 1+以上でした。「血尿診断ガイドライン」によれば、血尿が見られた場合、原因の検査を勧められています。血尿の原因は多岐にわたりますが、最も警戒する必要があるのは、尿路の悪性腫瘍です。上記ガイドラインは尿路腫瘍の危険因子として、年齢・性別（男性）・喫煙・有害物質への暴露・泌尿器科疾患の既往・尿路感染の既往・フェナセチンなどの鎮痛剤多用・骨盤放射線照射既往・シクロホスファミドの治療歴などを挙げています。血尿のある方には、尿細胞診の追加検査をお勧めします。なお肉眼的血尿（目で見て赤く見える尿）の場合は、直ちに泌尿器科などを受診して精密検査を受けてください。
ケトン体	体脂肪が分解されると生じる物質で、ドック受診時のような空腹時採尿では 2+までなら病的な意義はありません。
ビリルビン ウロビリノゲン	自動分析器で同時に検査されますが、現在ドックの判定には使用していません。詳細は割愛させていただきます。
比重	尿の「濃い」「薄い」をあらわし、ドックでは絶食状態で採尿するため、比重の高い（濃い）尿が採取されることが多いです。濃い尿では尿中の成分が多く見え、誤って異常と判定されるおそれがあるため、当ドックでは尿比重によって判定を修正しています。
尿中アルブミン／クレアチニン比	アルブミンは蛋白の一種で、尿中アルブミンは一種の蛋白尿ですが、一般に尿検査で行われる方法（定性試験紙法）では陰性となるような微量でも、尿中のアルブミンは測定できます。上記「比重」の欄で述べたように、検査された尿の濃い薄いにより、尿中成分の意義が変わるため、より正確を期す目的でクレアチニン（尿中に排泄される代表的な老廃物）の排泄量との比を報告します。クレアチニン比 30～300 の微量の尿中アルブミンは、糖尿病性早期腎症の診断に利用されてきましたが、血管の障害によっても生ずることが報告され、動脈硬化性疾患との関連が注目されています。この場合血圧・肥満・脂質異常・血糖値の異常・喫煙などにご注意ください。またクレアチニン比 300 以上では明らかな蛋白尿ですから、腎疾患の検査が必要です。なお尿中アルブミンは 5mg/L 未満の場合と、500mg/L を超える場合、検査できません。前者の場合 測定感度以下 とご報告し、ご心配ありませんが、後者では 測定限界以上 とご報告し、この場合は腎疾患の検査が必要です。

eGFR（推算糸球体濾過値）	GFR（糸球体濾過値）は最も基本的な 腎機能 の値ですが、精密に測定するためには煩雑な方法が必要でした。eGFRはこれを日本腎臓学会の計算式によって推定したもので、日本語では『推算糸球体濾過値』といい、現在人間ドックでは、血液検査の血清クレアチニン値と年齢、および性別を用いて計算しています。eGFRの国際基準は60（ml/分/1.73m ² ）以上となっていますが、日本人では欧米より低めに出る傾向が知られています。腎機能が低いと、将来さらに腎機能が悪化する危険のほか、心筋梗塞などの心疾患・脳卒中・大動脈疾患など、いわゆる「心血管病」にかかりやすいことが注目されています。ただしドックでは、絶食での検査となるせいか、時に低めに検査されていることがあるようです。eGFRが50台といった軽度の低下では、多くは1年後の再検でかまいませんが、新規の異常値または一定以上の異常値では再検をお勧めします。また日本腎臓学会はeGFR45未満（70歳代以上では40未満）の場合、専門医の受診を勧めています。
便潜血	現在の検査法では、便潜血の陽性は大腸または肛門からの出血を示します。便潜血を認める方の3～4人にひとり、大腸ポリープの可能性があるとされます。便潜血陽性の場合には大腸内視鏡検査をお勧めします。

動脈硬化

動脈硬化とは、動脈の壁が厚く、硬くなって、血管本来の構造が壊れていく病変のことです。動脈硬化が進むと血管は狭くなったり（狭心症、頸動脈狭窄症、閉塞性動脈硬化症）、詰まって心筋梗塞や脳梗塞などの病気を起こしたりします。

動脈硬化を進行させる要因を**動脈硬化の危険因子**と呼んでいます。危険因子には、高血圧、喫煙、糖尿病・いわゆる『糖尿病予備群』、慢性腎臓病、肥満、脂質異常症（LDL コレステロールの高値、HDL コレステロールの低値、中性脂肪の高値）、男性の加齢・女性の閉経とその後の加齢、運動不足、心筋梗塞・脳梗塞の家族歴などがあります。運動不足の解消・禁煙・肥満の是正などの生活習慣の改善や、高血圧、脂質異常症、糖尿病を治療することは動脈硬化の進行を遅らせることに繋がります。

日帰りドックでは、胸部X線検査、腹部超音波検査、オプションのヘリカルCT検査にて、動脈硬化がみられた場合、その旨の記載をしていますが、これらは動脈硬化に特化した検査ではないため、記載がなければ動脈硬化がないということにはなりません。当センターでは、動脈硬化の現状を知るオプション検査として**動脈硬化ドック、頸動脈超音波検査、血圧脈波検査**をご用意していますのでご活用ください。またこれまでの日本人のデータをもとに動脈硬化による病気の発症確率を計算した結果が、大阪がん循環器病予防センターの「循環器疾患・発症予測ツール」（<http://www.osaka-ganjun.jp/health/si-estimate/>）や国立循環器病研究センターの「吹田スコア」（<http://www.ncvc.go.jp/pr/release/006484.html>）で公開されていますので、参考になさってください。