

＜オートボックス健康保険組合コラボヘルス 定期健康診断（特定健診）基準値＞ （2021年8月改定）

判定区分			A	B	C	D	E
UBS判定表示			基準内または異常なし	要注意または生活改善	要受診	準至急受診	至急受診
分類	検査項目	性別	グリーン	イエロー	レッド	パープル	ブラック
肥満	BMI		25未満	25以上			
	腹囲(cm)	男性	85未満	85以上			
		女性	90未満	90以上			
血圧	収縮期		130未満	130以上140未満	140以上160未満	160以上180未満	180以上
	拡張期		85未満	85以上			
肝機能	GOT (AST)		31未満	31以上100未満	100以上		
	GPT (ALT)		31未満	31以上100未満	100以上		
	γ-GTP		51未満	51以上200未満	200以上		
腎機能	クレアチニン	男性	1.0以下	1.01～1.3未満	1.3以上		
		女性	0.7以下	0.71～1.0未満	1.0以上		
	e-GFR		90以上	55以上90未満	55未満		
	尿酸		6.0未満	6.0以上9.0未満	9.0以上		
	尿蛋白		－	±、＋	++、+++		
糖代謝	血糖値(空腹時)		100未満	100以上126未満	126以上160未満	160以上	
	HbA1c		5.6未満	5.6以上6.5未満	6.5以上8.0未満	8.0以上10.0未満	10.0以上
	尿糖		－	±、＋、++、+++			
脂質代謝	中性脂肪		150未満	150以上500未満	500以上		
	LDLコレステロール		60以上120未満	60未満、120以上160未満	160以上180未満	180以上	
	HDLコレステロール		40以上	40未満			
血球	赤血球数	男性	400以上600未満	360以上400未満	360未満または600以上		
		女性	360以上550未満	330以上360未満	330未満または550以上		
	血色素量	男性	13以上18未満	12以上13未満	12未満または18以上		
		女性	12以上16未満	9以上12未満	9未満または16以上		