

通 報

大ト協第298号
令和4年12月

各 位

一般社団法人大阪府トラック協会
会長 中 川 才 助

特定業務従事者を対象とした健康相談事業の実施について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会の運営にご理解とご協力を賜わり誠にありがとうございます。

さて、本年度も特定業務従事者（深夜業務従事者等）を対象とした健康相談事業を下記のとおり実施することといたしました。

特定業務従事者の健康診断につきましては、労働安全衛生規則第45条により、深夜業等、同規則第13条第1項第3号に掲げる業務に常時従事する労働者に対し6ヶ月以内ごとに1回、健康診断を行うよう定められています。

つきましては、該当する従業員が在籍する事業者様におかれましては、この機会にぜひご活用くださいますようお願い申し上げます。

なお、X線検査については1年以内ごとに1回、定期的に行えばよいとされていることから、今回は実施いたしません。

※当協会といたしましては、**感染防止対策が確保されることを前提に実施いたしますが、会場毎に条件が付され、それに従っていただくこととなります。**

また、今後の感染状況によっては、会場側の判断により急遽中止になる場合もございますので、ご承知おきください。

記

1. 開催日程 別添『実施日程表』のとおり

2. 診断項目 下記項目について実施する。

- | | |
|--|---------------|
| ① 身長・体重・BMIの測定 | ② 腹囲の測定 |
| ③ 視力の測定 | ④ 聴力の測定 |
| ⑤ 血圧の測定 | ⑥ 尿の検査 |
| ⑦ 医師による健康相談 | ⑧ 心電図による心臓の検査 |
| ⑨ 血液の検査 | |
| A. 血色素量 B. 赤血球数 C. GOT D. GPT E. Γ -GTP | |
| F. LDLコレステロール G. HDLコレステロール | |
| H. トリグリセライド I. HbA1c J. 空腹時又は随時血糖 | |

※ 胸部X線検査は行ないません。

3. 受診料 受診者1名あたり4,500円(消費税込)
※正規受診料5,500円より大ト協助成額1,000円を差引

4. 申込み方法

『実施日程表』にて受診日と会場を確認のうえ、様式1『特定業務従事者を対象とした健康相談事業 受診申込書』に必要事項を記載し、実施医療機関へFAXにて提出してください。なお、受診申込書については当協会HPにも掲載しておりますので、複数会場にて受診される場合はご利用ください。
※申込書を未提出の場合、受診できないことがあります。

5. 申込み締切日

各開催実施日の3週間前

6. 当日持参品

令和4年度定期健康診断受診票
※予め各自ご記入のうえご持参ください。

7. 診断結果

大ト協が契約する移動健康相談事業実施医療機関(以下「実施医療機関」という)から直接通知します。

8. 受診料の支払い

実施医療機関から、受診事業者に対して請求書が送付されますので、請求額を実施医療機関にお支払ください。(助成額を差引した額でのご請求となります。)

9. その他

※1. 各会場とも、駐車場が手狭となっておりますので、トラック等での乗り入れは禁止します。また、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

※2. **大貨健保組合加入の方については、データ提供料1,000円が健保組合より交付されます。(1人あたり年度内上限1回)**
申請方法等、詳細につきましては、大貨健保保健事業係[06(6965)4056]にお問い合わせください。

※受診における注意事項

検査当日：食事は、できるだけ軽いもので検査3時間前まで(とくに油っこいものは不可)に済ませておいてください。

お願い事項：心電図検査は両手・両足に導子をつけますので、とくに、女性の方は靴下・ストッキング等脱衣しやすいものでおいでください。

女性の方へ：現在妊娠中の方や妊娠の可能性のある方は、必ず受付で申し出てください。また、生理中の方は、検査時に申し出てください。

令和4年度 特定業務従事者を対象とした健康相談事業実施日程表

| No. | 開催日 | 開催時間 | 会場名 | 所在地 | 実施医療機関 | T E L | F A X (申込書送付先) |
|-----|----------------|---------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------|---------------------|
| 1 | 令和5年 1月21日 (土) | 9:00 ~ 12:00 | 大阪府トラック総合会館 | 大阪市城東区鳴野西2-11-2 | 大阪健康倶楽部 小谷診療所 | 06-6386-1651 | 06-6386-3992 |
| 2 | 令和5年 1月28日 (土) | 9:00 ~ 11:45 | ポリテックセンター関西 (関西職業能力開発促進センター) | 摂津市三島1-2-1 | 大阪健康倶楽部 小谷診療所 | 06-6386-1651 | 06-6386-3992 |
| 3 | 令和5年 1月28日 (土) | 12:00 ~ 16:00 | ポリテックセンター関西 (関西職業能力開発促進センター) | 摂津市三島1-2-1 | 医療法人 恵生会 恵生会病院 健診部 | 072-982-5501 | 072-982-5502 |
| 4 | 令和5年 2月18日 (土) | 14:00 ~ 17:30 | 富田林市市民会館 | 富田林市粟ヶ池町2969-5 | 医療法人 厚生会 | 072-427-1980 | 072-427-2415 |
| 5 | 令和5年 2月25日 (土) | 15:00 ~ 18:00 | 岸和田市立浪切ホール | 岸和田市港緑町1-1 | メディフロント ミズノクリニック | 072-436-2055 | 072-436-2056 |

※気象警報が発令されるなど、実施に支障が出るなど予想される場合は中止することがありますので、電話でご確認ください。

※各会場駐車スペース不十分の為、会場へは公共交通機関をご利用ください。

※受診申込書は、記載のFAX番号あてに送付してください。(大ト協 本・支部ではありません)

(様式1)

特定業務従事者を対象とした健康相談事業 受診申込書

令和 年 月 日

実施医療機関 御中

所属支部 _____ 支部

事業者名 _____ (印)

住 所 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

下記のとおり、健康診断を受診したいので申込みます。

記

1. 開催日・会場(該当するものに○)(いずれも令和5年)

(①城東1/21(土) ②摂津1/28(土) ③摂津1/28(土) ④富田林2/18(土) ⑤岸和田2/25(土))

2. _____ 名

| No. | 氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 処理欄 |
|-----|----|------|----|-----------|-----|
| 1 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 2 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 3 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 4 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 5 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 6 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 7 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 8 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 9 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 10 | | | | S・H 年 月 日 | |

| No. | 氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 処理欄 |
|-----|----|------|----|-----------|-----|
| 11 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 12 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 13 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 14 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 15 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 16 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 17 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 18 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 19 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 20 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 21 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 22 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 23 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 24 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 25 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 26 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 27 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 28 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 29 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 30 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 31 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 32 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 33 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 34 | | | | S・H 年 月 日 | |
| 35 | | | | S・H 年 月 日 | |

※ 受診会場ごとに申込書の提出先が変わりますので、複数会場で受診の場合はそれぞれ作成のうえ、ご提出ください。

| | | | | | | | |
|------|--|-----|--------------|------|--|--|--|
| 事業所名 | | | | 会員番号 | | | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 | | | |
| 氏名 | | 男 女 | S H 年 月 日 | | | | |
| 会社住所 | | | | | | | |

※上記太枠内のみご記入ください。

| | | | | | | | | |
|-----|--|------|--|------|----------------------|----------------------|----------------------|----|
| 受診日 | | 受診番号 | | 食後時間 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 時間 |
|-----|--|------|--|------|----------------------|----------------------|----------------------|----|

| 検査項目 | | 今回値 | | 検査項目 | | 今回値 | | |
|------|------------|--------------------------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| 身体計測 | 身長 (cm) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 血液 | No. | | |
| | 体重 (kg) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | 撮影日 | No. | |
| | 腹囲 (cm) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | 心電図 | No. | |
| 視力 | 右 裸眼 (矯正) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (<input type="text"/> · <input type="text"/>) | 撮影日 | 直 · 間 · デ | | |
| | 左 裸眼 (矯正) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | (<input type="text"/> · <input type="text"/>) | | 胸部X線 | No. | |
| 聴力 | 検査方法 | オージオ | | 診察 | 診察医 | | 1. 異常なし | |
| | 右 1000 Hz | 1. 所見なし | 2. 所見あり | | | 2. 不整脈 | | |
| | 右 4000 Hz | 1. 所見なし | 2. 所見あり | | | 3. 結膜貧血様 | | |
| | 左 1000 Hz | 1. 所見なし | 2. 所見あり | | | 4. 甲状腺腫 | | |
| 尿検査 | 糖 | 1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+) | | 5. 心音異常 | 診察医 | 6. 呼吸音異常 | | |
| | 蛋白 | 1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+) | | | | 7. 皮膚疾患 | | |
| 血圧 | 生理中 | 1. はい 2. いいえ | | 8. その他 () | | | | |
| | 1回目 (mmHg) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | 2回目 (mmHg) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

問診事項 当てはまるものがあれば、○を入れてください。 太枠の部分のみご記入ください。

| | | |
|---|--|--------------------------|
| 1~3. 現在、aからcの薬の使用の有無 | | |
| 1. a:血圧を下げる薬 | 1:はい | 2:いいえ |
| 2. b:血糖を下げる薬またはインスリン注射 | 1:はい | 2:いいえ |
| 3. c:コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | 1:はい | 2:いいえ |
| 4. 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 5. 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けたことがある。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 7. 医師から、貧血と言われたことがある。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 8. 現在、たばこを習慣的に吸っている。(6ヶ月以上又は合計100本以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っている) | 1:はい | 2:いいえ |
| 9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 | 1:何でもかんで食べることができる 2:歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3:ほとんどかめない | |
| 14. 人と比較して、食べる速度は? | 1:速い | 2:ふつう 3:遅い |
| 15. 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 16. 朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を摂取する頻度は? | 1:毎日 | 2:時々 3:ほとんど摂取しない |
| 17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 18. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は? | 1:毎日 | 2:時々 3:ほとんど飲まない(飲めない) |
| 19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は? 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、(焼酎25度/110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | 1:1合未満 | 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3合以上 |
| 20. 睡眠で休養が十分とれている。 | 1:はい | 2:いいえ |
| 21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか? | 1:改善するつもりはない 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)・少しずつ始めている 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) | |
| 22. 生活習慣病の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか? | 1:はい | 2:いいえ |

自覚症状 自覚症状があれば、○を入れてください。

| | | |
|---|--|---|
| 1. 特になし 2. 疲れがひどい 3. めまいがする 4. 頭痛がする 5. 肩がこる 6. 腰が痛む | 7. 脈がとぶ 8. 動悸がする 9. 手足がむくむ 10. 耳鳴りがする 99. その他() | 《女性のみお答えください》 21. 生理中 22. 妊娠中 23. 妊娠の疑いがある ※妊娠中、妊娠の疑いがある方はレントゲン不可となります。 |
|---|--|---|

既往歴・現病歴 下の一覧の中に、現在治療中の病気または、これまでにかった病気がありますか。病気にかった年齢及び、病気の経過を1-4の中から選び、記入してください。

| | | | | | | | | |
|-------------|----|-----|--------------|-------|----|------------|----|----|
| 経過 | 1 | 治療中 | 2 | 経過観察中 | 3 | 放置中 | 4 | 治癒 |
| 1. 特になし | 年齢 | 経過 | 7. 胃潰瘍 | 年齢 | 経過 | 12. 狭心症 | 年齢 | 経過 |
| 2. 高血圧症 | | | 8. 十二指腸潰瘍 | | | 13. 不整脈 | | |
| 3. 糖尿病 | | | 9. 気管支喘息 | | | 14. 胆石 | | |
| 4. 脂質異常症 | | | 10. 肺結核(肺浸潤) | | | 15. 脂肪肝 | | |
| 5. 痛風・高尿酸血症 | | | 11. 心筋梗塞 | | | 16. B型肝炎 | | |
| 6. 脳梗塞 | | | | | | 17. C型肝炎 | | |
| | | | | | | 18. 尿路結石症 | | |
| | | | | | | 19. 前立腺肥大 | | |
| | | | | | | 20. 子宮筋腫 | | |
| | | | | | | 98. その他() | | |
| | | | | | | 99. その他() | | |

コロナウイルス感染症予防対策にご協力下さい!

受診時の注意事項 (※健康診断を受診できない場合もございます)

- ①マスク着用がない場合は施設内に入ることができません。
- ②体調不良の方は来場を控えて下さい。(体温 37.5 度以上の場合等)
- ③混雑時には時間を区切り入場制限をさせていただく場合もあります。

この注意事項については、各社の受診日時を記入のうえ、コピーして受診者にお渡してください。

定期健康診断受診の方へ

あなたの受診日は、令和 5 年 月 日 時です。

注 意 事 項

【 検 査 当 日 】

食事は、できるだけ軽いもので検査3時間前まで（とくに油っこいものは不可）に済ませておいてください。

【 お 願 い 事 項 】

心電図検査は両手・両足に導子をつけますので、靴下・ストッキング等脱衣しやすいものでおいでください。

【 女 性 の 方 へ 】

現在妊娠中の方や妊娠の可能性のある方は、必ず受付で申し出てください。

生理中の方は、検査時に申し出てください。

※ 裏面も必ずお読みください。

新型コロナウイルスの感染拡大防止のためのお願い

【事前のお願い】

- ・新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、次の方は、受診をお控えください。

1. いわゆる風邪症状が持続している方

2. 発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5° C 以上を目安とする。）、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状のある方

3. 過去 2 週間以内に発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5° C 以上を目安とする。）のあった方

4. 2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある方（およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある方）

5. 2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者（同居者・職場内での発熱含む）との接触歴がある方

6. 新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む）の方

- ・新型コロナウイルスに感染すると悪化しやすい高齢者、糖尿病・心不全・呼吸器疾患の基礎疾患がある方や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方は、受診延期を検討してください。

【受診に際してのお願い】

- ・健診中は各自マスクを着用してください。

- ・マスクは受診者ご自身で用意してください。

- ・入口等にアルコール消毒液を用意しますので、受診者には健診施設への入館(室)時と退館(室)時のほか、健診中も適宜手指消毒をお願いすることがあります。アルコールを使えない方には、界面活性剤配合のハンドソープ等により手洗いをお願いします。

- ・健診中は換気を定期的に行うため、外気温が低い季節では室温が下がるため、カーディガン等羽織るものを事前に手元にご用意ください。

- ・受付時間を守り、密集・密接を防ぐことにご協力をお願いします。

- ・健診施設入口等で、非接触型体温計等で体温を実測することがありますのでご協力をお願いします。