

令和 8 年度

職員雇入れ時健康診断等業務委託  
(単価契約)

仕

様

書

大阪市総務局

## 目 次

- P. 1 仕様書本文
- P. 5 特記 秘密保持に関する特記仕様書
- P. 7 実施要領Ⅰ（雇入れ時健康診断について）
- P. 11 実施要領Ⅱ（特殊健康診断（配置時・復職者等） 特殊健康診断（再検査・精密検査）（配置時・復職者等）について）
- P. 16 実施要領Ⅲ（定期健康診断（復職者等）について）

### 【別紙】

- Y-1 健康診断別検査項目一覧
- Y-2 雇入れ時健康診断フローチャート
- Y-3 定期健康診断（復職者等）フローチャート
- Y-4 特殊健康診断（配置時・復職者等）フローチャート
- Y-5 各所属健康診断担当一覧
- Y-6 雇入れ時健康診断等各検査順序及び検査方法
- Y-7 特殊健康診断各検査順序及び検査方法
- Y-8 雇入れ時健康診断等判定基準表
- Y-9 電離放射線業務従事者健康診断判定基準表
- Y-10 有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表
- Y-11 情報機器作業判定基準表
- Y-12 緊急連絡対象者基準表・特定4項目有所見対象者基準表・睡眠関連健康相談(S3)対象者基準表・肝機能障害(アルコール)保健指導対象者基準表・禁煙支援対象者基準表
- Y-13 緊急連絡対象者基準表（特殊健康診断用）
- Y-14 医療機関等での健康診断結果報告書
- Y-15 医療機関等での健康診断結果報告書（特殊健康診断用）
- Y-16 健康診断等日次報告書
- Y-17 緊急連絡票・緊急連絡票（血圧）兼 健康診断結果に係る医療機関での受診報告書
- Y-18 雇入れ時・定期健康診断（復職者等）受診者リスト
- Y-19 特殊健康診断受診者リスト
- Y-20 眼底検査通知文
- Y-21 血液再検査通知文・検査書
- Y-22 眼科精密検査通知文・検査書
- Y-23 尿中代謝物再検査通知文・検査書
- Y-24 大阪市職員定期健康診断受診票（1種）
- Y-25 大阪市職員定期健康診断受診票（2種）
- Y-26 大阪市職員特殊健康診断受診票（電離放射線）
- Y-27 大阪市職員特殊健康診断受診票（有機溶剤）
- Y-28 大阪市職員雇入れ時健康診断受診票
- Y-29 定期健康診断（復職者等）対象者データ受渡仕様書
- Y-30 特殊健康診断対象者データ受渡仕様書
- Y-31 雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書
- Y-32 特殊健康診断結果データ受渡仕様書
- Y-33 雇入れ時健康診断対象者リスト

- Y-34 特殊健康診断（配置時）対象者リスト
- Y-35 定期健康診断（復職者等）対象者リスト
- Y-36 特殊健康診断（復職者等）対象者リスト
- Y-37 健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書
- Y-38 健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書（特殊用）

## 1 件名及び健康診断項目

令和8年度職員雇入れ時健康診断等業務委託（単価契約）

- (1) 雇入れ時健康診断
- (2) 第1種定期健康診断（復職者等）
- (3) 第2種定期健康診断（復職者等）
- (4) 電離放射線業務従事者健康診断（配置時・復職者等）
- (5) 有機溶剤業務従事者健康診断（配置時・復職者等）
- (6) 血液再検査（電離放射線業務従事者健康診断（配置時・復職者等））
- (7) 眼科精密検査（電離放射線業務従事者健康診断（配置時・復職者等））
- (8) 尿中代謝物再検査（有機溶剤業務従事者健康診断（配置時・復職者等））

※ (1)～(8)の検査項目については、「健康診断別検査項目一覧」（Y-1）のとおり

※ (2)及び(3)について、以下「定期健康診断（復職者等）」という。

※ (4)及び(5)について、以下「特殊健康診断」という。

※ (6)～(8)について、以下「特殊健康診断（再検査・精密検査）」という。

## 2 履行期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

## 3 委託業務の範囲

本委託業務において実施する業務の範囲は、次のとおりとする。

なお、業務の流れは以下を参照すること。

「雇入れ時健康診断フローチャート」（Y-2）

「定期健康診断（復職者等）フローチャート」（Y-3）

「特殊健康診断（配置時・復職者等）フローチャート」（Y-4）

### (1) 事前の調整

ア 雇入れ時健康診断、定期健康診断（復職者等）・特殊健康診断及び特殊健康診断（再検査・精密検査）（配置時・復職者等）（以下「健康診断等」という。）の実施日程の調整

イ 健康診断等会場の調整

ウ 発注者と受注者のデータ連携テスト（健康診断等開始までに発注者と受注者で仕様書内に定めるデータ受渡しについて、テストデータをそれぞれが作成し、相互のシステムへの取り込み、及び出力に関するテストを事前に行う。）

エ 「大阪市職員定期健康診断受診票」（Y-24、25）、「大阪市職員特殊健康診断受診票」（Y-26、27）、「大阪市職員雇入れ時健康診断受診票」（Y-28）（以下「受診票」という。）・各種リスト・結果通知書等の作成・印字に係る調整（事前に各帳票のサンプルを発注者に提出すること。）

オ 実施要領の確認（検査方法・判定方法・事後措置方法の確認等）

### (2) 受診対象者データの引渡し

(3) 胸部X線撮影データ等の管理（発注者が受注者に貸出しする比較読影を行うための前回胸部X線撮影データを含む。なお、発注者がデータ等を必要とする場合は返却すること。）

(4) 健康診断各会場における各検査の実施

(5) 生体検査の実施及び機材の手配（胸部X線健診車等含む。）

(6) 受注者と受診者の健康診断等に関するトラブル対応（差別発言・セクシュアルハラスメントを含む。）

(7) 身体障がい等のある職員及び特段の事情（アレルギー等）を持つ職員が受診する際の配慮

(8) 健康診断等結果に対する医療上の判定の実施

(9) 緊急連絡者の所属・発注者への報告（胸部X線及び心電図該当者への紹介状の発行を含む。）

- (10) 心電図波形の所属への通知（要精密検査及び要受診対象者のみ。紹介状の発行を含む。）
- (11) 健康診断等の結果通知書の作成（要精密検査・要受診（緊急連絡を含む。）の者は「健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書」（Y-37）の同封を含む。）
- (12) 健康診断等結果のデータ処理
- (13) 健康診断等の結果通知書及び結果データの所属・発注者への報告
- (14) 特殊健康診断（配置時・復職者等）結果及び受診票の写しの発注者への報告
- (15) 特殊健康診断（再検査・精密検査）（配置時・復職者等）結果の所属・発注者への報告
- (16) 健康診断等実施日別受診者数の報告
- (17) 健康診断等実施後の対応（採血後の腕の腫れや痺れ等、健康診断等実施による疾病障害等が発生した場合の個別対応（これらに係る検査費・治療費等の諸費用を含む。））
- (18) 発注者が必要と認める要求資料の提供（外部及び内部精度管理に関する資料・健康診断等に関する各種検査データ等）

#### 4 事前打合せ

本委託業務を円滑に行うために、健康診断等実施前に十分な事務打合せを行うものとする。打合せの日時、場所、回数等については、別途協議の上、決定する。

#### 5 事務担当者及び健康診断等スタッフの体制

- (1) 受注者は、本委託業務実施の調整を図るための事務担当者として、事務責任者、副事務責任者の2名を置くこと。また、契約締結後速やかに書面によりその者の氏名を報告すること。
- (2) 受注者は、本委託業務の実施に当たり、医師法・医療法等の関係法令を遵守し、業務が円滑に行われるよう、適切な業務担当者の配置を行うこと。
- (3) 発注者は、事務担当者等が著しく不適正と判断される場合には、理由を示した書面により、必要な措置をとるべきことを請求することができる。

#### 6 健康診断等の実施要領

健康診断等の具体的な実施要領については、次のとおりとする。

- (1) 雇入れ時健康診断  
「実施要領Ⅰ」のとおり
- (2) 特殊健康診断（配置時・復職者等）特殊健康診断（再検査・精密検査）（配置時・復職者等）  
「実施要領Ⅱ」のとおり
- (3) 定期健康診断（復職者等）  
「実施要領Ⅲ」のとおり

#### 7 健康診断等関係資料

健康診断等関係資料のうち胸部X線撮影画像については、全ての健康診断等終了後、記録媒体に格納し発注者に引き渡すこと。また、その他の関係資料については、医師法第24条第2項に従い保管すること。

#### 8 採血後の検体保管

採血後の検体保管については、健康診断等において採取した血液を使用して再検査を実施する場合があるため、適切に保管すること。保管期間については受注者の定めによるものとする。

#### 9 再委託について

- (1) 業務委託契約書第 16 条第 1 項に規定する「主たる部分」とは次に掲げるものをいい、受注者はこれを再委託することはできない。
  - ア 委託業務における総合的企画、業務遂行管理、業務の手法の決定及び技術的判断等
  - イ 本仕様書「3 委託業務の範囲」(1)のア、イ、エ及びオ並びに(2)、(3)、(4)、(6)、(7)、(8)、(9)、(16)及び(17)に記載の業務（ただし、帳票等の印刷は除く。）。
- (2) 受注者は、コピー、ワープロ、印刷、製本、トレース、資料整理などの簡易な業務の再委託に当たっては、発注者の承諾を必要としない。
- (3) 受注者は、第 1 号及び第 2 号に規定する業務以外の再委託に当たっては、書面により発注者の承諾を得なければならない。なお、元請の契約金額が 1,000 万円を超え契約の一部を再委託しているものについては、再委託相手先、再委託内容、再委託金額を公表する。
- (4) 地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定に基づき、契約の性質又は目的が競争入札に適さないとして、随意契約により契約を締結した委託業務においては、発注者は、前号に規定する承諾の申請があったときは、原則として業務委託料の 3 分の 1 以内で申請がなされた場合に限り、承諾を行うものとする。ただし、業務の性質上、これを超えることがやむを得ないと発注者が認めたとき又はコンペ方式若しくはプロポーザル方式で受注者を選定したときは、この限りではない。
- (5) 受注者は、業務を再委託及び再々委託等（以下「再委託等」という。）に付する場合、書面により再委託等の相手方との契約関係を明確にしておくとともに、再委託等の相手方に対して適切な指導、管理の下に業務を実施しなければならない。なお、再委託等の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置期間中の者、又は大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者であってはならない。

また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱第 12 条第 3 項に基づき、再委託等の相手方が暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を業務委託契約書第 16 条第 2 項及び第 16 条の 2 第 2 項に規定する書面と併せて発注者に提出しなければならない。

## 10 委託料の請求方法

- (1) 委託料の請求は、健康診断等結果データの提出が適正に行われ、発注者の指定する資料の提出により検査確認が終了次第、速やかに行うこと。
- (2) 実健康診断等実施者数に基づき委託料を決定するものとする。
- (3) 請求については、別途指示する請求書に基づき請求すること。ただし、この請求については月 1 回を超えることはできない。

## 11 その他

- (1) 医師法・医療法等の関係法令を遵守すること。
- (2) 契約後における仕様書の疑義は、発注者の解釈によるものとする。
- (3) この仕様書に記載されていない事項であっても、当然必要と認められる軽微な作業については、発注者と協議の上、適正に実施すること。また、記載外の事項で問題が生じた場合は、直ちに発注者と協議の上、実施すること。
- (4) 数量は発注者の都合により増減することがある。
- (5) 本委託業務に係る消耗品・機器及び搬入・運搬等の諸経費は全て受注者が負担すること。
- (6) 業務実施に当たり事故等が発生した場合は、速やかに発注者に状況を報告するとともに、適宜必要と考えられる措置を行うこと。
- (7) 気象災害等により健康診断の実施が困難と予測される場合は、下記のとおり取り扱うこととする。
  - ア 健康診断実施当日、朝 7 時時点で大阪市内に「特別警報」又は「暴風警報」が発表されている場合は原則中止とする。

イ ア以外でも、各公共交通機関に計画運休が発表されている場合又は地震等により健康診断実施会場が使用不可の場合も原則中止とする。

その上で直ちに総務局人事部人事課厚生グループまで報告し別途協議の上、決定するものとする。

- (8) 各データの引渡しに当たっては、コンピュータウイルス対策及び個人情報管理に対し、必要かつ十分な措置を講じること。
- (9) 受注者は「秘密保持に関する特記仕様書」の各条項の規定を遵守すること。
- (10) 保険者から健康診断に関する記録の写しの提供を求められた場合、発注者と受注者、保険者の３者間の協定書を作成し、健康診断に関する記録の写し（XML データ）を提供すること。
- (11) 感染症等に対して適切な対策を行い、受診環境を確保すること。

## 12 問合せ先

〒530-8201 大阪市北区中之島 1 丁目 3 番 20 号

大阪市総務局人事部人事課厚生グループ

TEL 06 (6208) 7535

## 秘密保持に関する特記仕様書

### (基本的事項)

第1条 受注者は、本契約を通じて知り得た秘密が、第三者に漏えいすることを防止し、かつ秘密漏えいの可能性を排除する一方、発注者のデータの減失、き損、紛失、盗難等を防止し、秘密を保持するため、必要かつ十分な措置を講じなければならない。

### (秘密の保持)

第2条 受注者は当該業務に関して知り得た事項を他に漏らしてはならない。本契約の終了後においても同様とする。

### (秘密の範囲)

第3条 定める秘密の範囲は、次のとおりとする。

- (1) 委託業務遂行のため、発注者より預託された記録媒体（磁気ディスク、磁気テープ、パンチカード、紙等の媒体。）及び、文書、フィルム、仕様書、会議録音テープ、会議議事録、入出力帳票、テストデータ、本番データ等の秘密保持の対象の記録内容
- (2) 発注者から預託された記録媒体を基にして処理した結果、得られた成果及び記録媒体の記録内容
- (3) 入力データの内容
- (4) 発注者からの指示に基づき、秘密扱いすべき旨取り決められた秘密事項
- (5) 委託業務に関して知り得た発注者の職務上の秘密事項

### (第三者への提供の禁止)

第4条 受注者は、本契約に関して知り得た秘密の範囲を第三者へ提供してはならない。ただし、発注者の承諾を得た時はこの限りではない。

### (規程の整備)

第5条 受注者は、秘密保持、個人情報保護及びデータ保護の重要性に鑑み、秘密保持等に遺漏のないよう就業規則、業務規程、その他規程を整備しなければならない。

### (教育訓練)

第6条 受注者は、受注者の業務員に対し、発注者の秘密を保持することの職責に重要性を認識させ、故意又は過失による漏えい等の防止を徹底させるため、あらゆる機会を通じ、絶えず教育し、訓練しなければならない。

### (牽制組織)

第7条 受注者は、機密保持のため、発注者の業務員が相互に牽制しうる体制を組織し、委託業務を遂行しなければならない。

### (秘密の管理義務)

第8条 受注者は、第3条に規定する秘密の授受・搬送・保管・廃棄等について、管理責任者を定めるとともに、台帳等を設け管理状況を記録する等適正に管理しなければならない。

- 2 受注者は、前項の秘密について、発注者の指示に従い廃棄、消去又は返却等を完了した際には、その旨を文書により発注者に報告する等、適切な対応をとらなければならない。
- 3 受注者は、定期的に発注者からの要求に応じて、第1項の管理記録を発注者に提出しなければならない。
- 4 第1項に規定する秘密の管理が適切でないと認められる場合、発注者は受注者に対し、改善を求めるとともに、発注者が受注者の個人情報等の管理状況を適切であると認めるまで委託業務を中止させることができる。

### (秘密保持の期間)



第9条 受注者は本契約で定める秘密保持について、本契約が期間満了、解除又は解約後も効力を有するものとする。

(その他の事項)

第10条 その他秘密保持に必要な事項は、発注者と受注者が協議の上定める。

(発注者：大阪市 受注者：当該業務実施事業者)

## 実施要領Ⅰ（雇入れ時健康診断について）

### 1 実施日程及び実施場所

実施日程については、発注者と受注者が実施日を調整の上、当該受注者の開設する施設（大阪市内に限る。）で実施すること。なお、実施予定場所について、契約締結後速やかに発注者へ報告すること。

職員の採用によって適宜受診票が必要となるため、発注者から「雇入れ時健康診断対象者リスト」（Y-33）を受領後、速やかに受診票を作成し、送付すること。送付後、受診対象者が日程変更を希望する場合は対応すること。

ただし、令和8年4月の採用者に係る雇入れ時健康診断に関しては、受診対象者が多数見込まれるため、「3 対象者数」を参考に速やかに実施できる体制を整えることができるよう配慮すること。

### 2 受付及び実施時間

9時から17時まで、受付から「健康診断別検査項目一覧」（Y-1）を終了できるよう、受注者が指定する。

### 3 対象者数（対象者数は、発注者の都合により増減することがある。）

雇入れ時健康診断：1,550人

### 4 受診票及び結果通知書の作成

#### (1) 受診票

受注者は、当該健康診断を有効に実施するために受診票を「大阪市職員雇入れ時健康診断受診票」（Y-28）を参考に作成すること。（性別については、男は「1」、女は「2」と表記すること。）受注者所定の受診票を使用する場合は、「問診票」の記載内容は問診すること。様式は特に指定しない。また、作成した受診票については、発注者とその内容を十分協議するものとし、必要な修正を行うこと。

#### (2) 結果通知書

受注者は、雇入れ時健康診断等結果を受診対象者に通知するためA4で結果通知書を作成すること。様式は特に指定しないが、以下のア～コの項目を踏まえて作成すること。

ア 各検査項目（心胸比を含む。）における発注者が指定する基準値を印字すること。

イ 各項目及び総合判定の医療区分を記載（B2、C及びDは受診者が分かりやすいよう、太字又は赤字で表記すること。）し、基準値外の各検査結果にはアスタリスクを付け、指導事項（結果のお知らせコメント）を印字すること。（印字の順序は「雇入れ時健康診断等判定基準表」（Y-8）参照。聴力は検査方法についても明記すること。）

ウ 「検査値の経年変化を知ることが、健康管理にとって重要なことです。健康診断後の保健指導等で使用することがありますので、この通知書は大切に保管してください。」と明記すること。

エ 食事の有無を記載すること。

オ 各検査項目及び判定区分の説明を記載すること。

カ 総合所見欄に「※ 総合判定に情報機器作業判定・視力検査は含みません。」と表記すること。

キ 作成した結果通知書については、事前にサンプル（結果データも含む。）を発注者に提出し、必要があれば修正を行うこと。

ク 「健康診断の結果は、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用（個人が特定できない状態で利用）、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。なお、これに同意しない場合は、本健康診断結果のお知らせを受領後、14 日以内に総務局人事部人事課厚生グループ 06-6208-7535 まで連絡してください。」と明記すること。

ケ 検査値の記載がある面に、受診者の所属コード・所属名・職員番号・氏名・生年月日・受診年月日（※ 性別は不要）を印字すること。

コ 受注者名を印字すること。

### (3) 結果通知の方法

受注者は、結果通知書の内容が他に漏えいしないよう封筒を作成する等の措置をとること。また、受診対象者の所属・職員番号・氏名が判別できるよう封筒に窓を設ける、又は、対象者ラベルを添付して発送できるよう対処すること。要精密検査・要受診（緊急連絡含む。）の者は「健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書」（Y-37）を同封すること。

## 5 対象者の通知

対象者については、当該健康診断を実施する必要がある場合に、適宜「雇入れ時健康診断対象者リスト」（Y-33）により、発注者から受注者へデータを引き渡す。

## 6 事前配布物

- (1) 受注者は、発注者の用意した受診票に所属コード・所属名・職員番号・氏名（外字についてはカナで表示すること。）・性別（男は「1」、女は「2」と表記すること。）・年齢・生年月日を印字し、当該健康診断実施開始のおおむね1～2週間前までに所属先へ納入すること（事前にサンプルを受注者に提出すること。）。
- (2) 発注者が追加対象者の報告を行った際にはその都度受診票の発行を行うこと。
- (3) 受診票の納入は、「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）の所属コードで指定する所属先に行くこと。なお、「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）に指定する所属以外に納入が必要な場合は、別途協議の上、決定する。
- (4) 受診票には、原則として発注者が指定する内容のみ印字すること。
- (5) 受注者は、雇入れ時健康診断当日に採尿が困難な対象者に必要な検体容器（履行期間中約10 個）を発注者の指定する場所に健康診断開始の2週間前までに納入するものとする。なお、納入する際の封筒については、「健康診断キット在中」と記載すること。具体必要個数については別途発注者より受注者へ通知する。

## 7 受付対応

- (1) 受付は受付待ちの列との距離をとるなど、プライバシーに配慮すること。
- (2) 対象者であることを照合した上で、受診票の問診項目に記載漏れや記載誤り、齟齬が無いか確認すること。また、記載台に記入例を置くこと。
- (3) 未印字の受診票を受付に備え付け、受診者が受診票を持参しなかった場合は、これを使用すること。
- (4) 食事の有無については、必ず食後経過時間を聴取の上、記入し、食後10 時間未満の場合は「食事あり」とすること。
- (5) 受診番号を付番すること。受診番号の付番方法は、発注者と協議の上、決定すること。
- (6) 各検査において、受診者の都合により検査を省略した対象者については、「医療機関等での健康診断結果報告書」（Y-14）をその場で手渡し、前後3ヶ月以内に実施した検査の結果を別途各所属担当者へ提出する必要がある旨申し添えること。また、医療機関の受診及び上記報告書の作成に係る費用は自己負担となることも併せて説明すること。

## 8 検査方法

「雇入れ時健康診断等各検査順序及び検査方法」（Y-6）に従い行うこと。

- ※ 各検査等については、精度管理（内部精度管理及び外部精度管理）を行うように努めること。このうち外部精度管理については、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、必要な外部精度管理を実施するように努め、発注者が指定する資料を打合せ後速やかに提出すること。

## 9 実 施

- (1) 健康診断等がスムーズに行われるようスタッフを配置すること。
- (2) 受付開始 15 分前には会場準備が完了していること。
- (3) 健康診断等の当日は、実施前に機器等が正常に作動するかの確認をすること。
- (4) プライバシー等に十分配慮すること。
- (5) 身体障がい等のある職員及び特段の事情（アレルギー等）を持つ職員が受診する際は特に配慮すること。
- (6) 健康診断等会場に発注者が作成する情報提供ポスター（様式については別途提示する。）を極力掲示すること。
- (7) 各検査において、受診者の都合により検査を省略した対象者については、「医療機関等で別途の健康診断結果報告書」（Y-14）をその場で手渡し、前後 3 ヶ月以内に実施した検査の結果を別途各所属担当者へ提出する必要がある旨案内し、「健康診断等日次報告書」（Y-16）の一部検査未受診者欄（胸部 X 線は除く。）に記入すること。
- (8) 診察医は診察場面において適切な事項を指導すること。
- (9) 心電図検査の要否判定の理由が分かるように心電図検査欄に記載すること。
- (10) 心電図検査の要否については都度医師から受診者に説明すること。また、受診者の取り違えのないよう万全を期すこと。
- (11) 心電図検査の際、人目にさらすのを避けるため、バスタオル等を準備すること。
- (12) 健康診断等の各日終了後、1 週間以内に実施状況（受診者数・一部検査未受診者数・特記事項等）を「健康診断等日次報告書」（Y-16）にて必ず報告すること。
- (13) 受注者は、受診者の生命の危機に関わること等の緊急対応が必要な場合は、発注者に連絡する等適切に対応すること。
- (14) トラブル等が発生した場合には、内容を問わず速やかに発注者に電話等で連絡し、「健康診断等日次報告書」（Y-16）の特記事項に記入の上、必ず報告すること。また、トラブルの対応についてはトラブル発生後早急に発注者と協議し、適切な措置を講じること。

## 10 判定方法

「雇入れ時健康診断等判定基準表」（Y-8）のとおり。

## 11 事後措置

- (1) 緊急連絡について

対象者の抽出は、「緊急連絡対象者基準表・特定 4 項目有所見対象者基準表・睡眠関連健康相談(S3)対象者基準表・肝機能障害(アルコール)保健指導対象者基準表・禁煙支援対象者基準表」（Y-12）に基づいて行い、当該受診者の雇入れ時健康診断終了後、できる限り早急に（原則 1 週間以内。ただし、胸部 X 線検査については、これにより難しい場合は契約締結後、受注者と発注者で協議の上、決定する。）「緊急連絡票」（Y-17）と受診票の写しを発注者及び該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。ただし、最高血圧 180 mm Hg 以上又は最低血圧 120 mm Hg 以上の者については、「緊急連絡票

（血圧）兼 健康診断結果に係る医療機関での受診報告書」（Y-17）をもってその場で本人へ通知し、発注者へは当日中に電話にて連絡すること。

「緊急連絡票」（Y-17）中の「該当項目欄」は、緊急連絡に該当する項目にアスタリスクを付けること。なお、該当する項目以外の結果値についても全て記入すること。また、緊急連絡対象者であり、かつ特定4項目有所見、睡眠関連健康（S3）相談、アルコール保健指導対象者、禁煙支援対象者に該当する場合においては「特記事項（所属担当者確認欄）」に「あり」、緊急連絡対象者で、特定4項目有所見、睡眠関連健康（S3）相談、肝機能障害（アルコール）保健指導対象者、禁煙支援対象者に該当しない場合は、「なし」のチェックを記載すること。

※心電図で緊急連絡対象者となった場合は、上記と併せて心電図波形の写し及び医師による紹介状を封筒（該当者の所属・職員番号・氏名・「紹介状在中」と表書きしたもの）に入れて該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。

※胸部X線検査で緊急連絡対象者となった場合は、上記と併せて対象者のX線データ（直接撮影の場合はフィルム）及び医師による紹介状を封筒（該当者の所属・職員番号・氏名・「紹介状在中」と表書きしたもの）に入れて該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。

※「緊急連絡票」（Y-17）の胸部X線検査欄は、C要精密検査（E3）のみ所見を記載する。（A有所見健康（D2）、B1要経過観察（E1）の所見は記載しない。）また、心電図検査欄は、医師が緊急を要すると判断した場合のみ所見を記載する。

## (2) 心電図検査について

受注者は、医師の判定に基づいて「C」（要精密検査）及び「D」（要受診）の者については、心電図波形の写し及び医師による紹介状を封筒（該当者の所属・職員番号・氏名・「紹介状在中」と表書きしたもの）に入れて結果通知書と併せて、該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。ただし、上記(1)で心電図波形の写し及び医師による紹介状を引き渡した者は、結果通知書のみを引き渡すこと。

## 12 結果の通知

受注者は1週間ごとに結果通知書を指定期日（最後の実施日からおおむね2週間以内）までに3部作成し、そのうち1部を発注者へ、2部を該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。また、受診票の写しを1部ずつ添付すること。併せて、雇入れ時・定期健康診断（復職者等）受診者リスト（Y-18※所属、課・係コードごとにまとめること。）を発注者及び該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。（発注者へは、データをエクセルファイルで提供すること。）

## 13 結果データの納入

- (1) 受注者は、雇入れ時健康診断結果を「雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書」（Y-31）のとおり作成し、発注者へ引き渡すこと。なお、結果報告を行う場合の判定（検査別判定及び総合判定）については、「雇入れ時健康診断等判定基準表」（Y-8）、「情報機器作業判定基準表」（Y-11）に基づいたものとする。なお、データ引き渡しは初回より2週間を納入単位として、最後の実施日の2週間後までに納入すること。
- (2) X線読影結果は記録に残すこととし、読影簿は発注者が適宜確認することがある。
- (3) X線のデジタル画像をフィルムとして提供を求めることがある（年3回程度）。
- (4) 読影結果につき、ランダム指定した日の結果を履行確認時に求めることがある。
- (5) 健診種別は必ずデータに入力すること。
- (6) コードはそのまま（001の00を取らずに）入力すること。

## 実施要領Ⅱ 特殊健康診断（配置時・復職者等） 特殊健康診断（再検査・精密検査）（配置時・復職者等）について

### 1 実施日程及び実施場所

#### (1) 特殊健康診断（配置時・復職者等）

実施日程については、発注者と受注者が実施日を調整の上、当該受注者の開設する施設（大阪市内に限る。）で実施すること。原則として雇入れ時健康診断又は定期健康診断（復職者等）と同時に実施できるよう調整すること。なお、職員の採用又は人事異動によって適宜受診票が必要となるため、発注者から「特殊健康診断（配置時）対象者リスト」（Y-34）又は「特殊健康診断（復職者等）対象者リスト」（Y-36）を受領後、速やかに受診票を作成し、送付すること。ただし、受診対象者が日程変更を希望する場合は対応すること。また、眼底検査（有機溶剤業務従事者健康診断）対象者については、発注者と受注者が日程の調整を行い実施すること。

#### (2) 特殊健康診断（再検査・精密検査）

ア 血液再検査（電離放射線業務従事者健康診断）

イ 眼科精密検査（電離放射線業務従事者健康診断）

ウ 尿中代謝物再検査（有機溶剤業務従事者健康診断）

上記ア・イ・ウについては、特殊健康診断（配置時・復職者等）実施後、受注者は発注者と日程の調整を行い、受注者の指定する施設（大阪市内に限る。）において実施すること。なお、実施予定場所について、契約締結後速やかに発注者へ報告すること。

### 2 受付時間及び実施時間

9時から17時までに、受付から「健康診断別検査項目一覧」（Y-1）を終了できるよう、受注者が指定する。

### 3 対象者数（対象者数は、発注者の都合により増減することがある。）

(1)	特殊健康診断（配置時・復職者等）	約14人
詳細:	電離放射線業務従事者健康診断	約2人
	有機溶剤業務従事者健康診断 （各検査対象者）	約12人
	・尿沈渣検査	約1人
	・眼底検査	約1人
	・尿中馬尿酸検査	約1人
	・尿中メチル馬尿酸検査	約1人
	・尿中総三塩化物検査	約1人
	・尿中N-メチルホルムアミド検査	約1人
	・尿中2,5-ヘキサジエン検査	約1人
(2)	尿中代謝物再検査	各約1人
	（有機溶剤業務従事者健康診断）	
	血液再検査	約1人
	（電離放射線業務従事者健康診断）	
	眼科精密検査	約1人
	（電離放射線業務従事者健康診断）	

## 4 対象者の通知

対象者については、当該健康診断を実施する必要がある場合に、適宜「特殊健康診断（配置時）対象者リスト」（Y-34）又は「特殊健康診断（復職者等）対象者リスト」（Y-36）及び「特殊健康診断対象者データ受渡仕様書」（Y-30）により、発注者から受注者へデータを引き渡す。また、眼底検査対象者（二硫化炭素使用者）については、受注者が同データ内で確認を行うこと。

## 5 受診票及び結果通知書の作成

### (1) 受診票

受注者は、特殊健康診断（配置時・復職者等）を有効に実施するため「大阪市職員特殊健康診断受診票（電離放射線）」（Y-26）、「大阪市職員特殊健康診断受診票（有機溶剤）」（Y-27）を参考に受診票を作成すること。

### (2) 結果通知書

受注者は、健康診断結果を受診対象者に通知するためA4で結果通知書を作成すること。様式は特に指定しないが、以下のア～クの項目を踏まえて作成すること。

- ア 各検査項目における発注者が指定する基準値を印字すること。
- イ 各項目の医療区分を記載し、基準値外の各検査結果にはアスタリスクを付け、指導事項を印字すること。（印字の順序は「電離放射線業務従事者健康診断判定基準表」（Y-9）「有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表」（Y-10）参照。）
- ウ 「検査値の経年変化を知ることが、健康管理にとって重要なことです。健康診断後の保健指導等で使用することがありますので、この通知書は大切に保管してください。」と明記すること。
- エ 各検査項目及び判定区分の説明を記載すること。
- オ 作成した結果通知書については、事前にサンプルを発注者に提出し、必要があれば修正を行うこと。
- カ 「特殊健康診断の結果は、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用（個人が特定できない状態で利用）、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。なお、これに同意しない場合は、本健康診断結果のお知らせを受領後、14日以内に総務局人事部人事課厚生グループ06-6208-7535まで連絡してください。」と明記すること。
- キ 検査値の記載がある面に、受診者の所属コード・所属名・職員番号・氏名・生年月日・受診年月日・業務歴等を印字すること。（※ 性別は不要）
- ク 受注者名を印字すること。

### (3) 結果通知の方法

受注者は、結果通知書の内容が他に漏えいしないよう封筒を作成する等の措置をとること。また、受診対象者の所属・職員番号・氏名が判別できるよう封筒に窓を設ける、又は、対象者ラベルを添付して発送できるよう対処すること。要医療（緊急連絡含む。）の者は「健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書（特殊用）」（Y-38）を同封すること。

## 6 事前配布物

- (1) 受注者は、発注者の用意した受診票に所属コード・所属名・職員番号・氏名（外字についてはカナで表示すること。）・性別（男は「1」、女は「2」と表記すること。）・年齢・生年月日を印字し、当該健康診断実施開始のおおむね1～2週間前までに納入すること。（サンプルを事前に発注者に提出すること。）

- (2) 受診票の納入は、「各所属健康診断担当一覧」(Y-5)の所属コードで指定する所属先に行うこと。なお、「各所属健康診断担当一覧」(Y-5)に指定する所属以外に納入が必要な場合は、別途協議の上決定する。
- (3) 受診票には、原則として発注者が指定する内容のみ印字すること。
- (4) 受注者は、特殊健康診断実施当日に採尿が困難な対象者に必要な検体容器(履行期間中約5個)を発注者に健康診断開始の2週間前までに納入するものとする。なお、納入する際の封筒については、「健康診断キット在中」と記載すること。具体必要個数については別途発注者より受注者へ通知する。

## 7 受付対応

- (1) 受付は、受付待ちの列との距離をとるなど、プライバシーに配慮すること。
- (2) 対象者であることを照合した上で、受診票の問診項目に記載漏れや記載誤り、齟齬が無いか確認すること。また、記載台に記入例を置くこと。
- (3) 未印字の受診票を受付に備え付け、受診者が受診票を持参しなかった場合は、これを使用すること。
- (4) 有機溶剤業務従事者健康診断(配置時・復職者等)対象者のうち、トルエン取扱者のみ、健診前日の朝食から健診当日受診するまでの間に、全ての果物、果汁成分が含まれる全ての食品と飲料(アルコール飲料、酎ハイを含む。)、全ての清涼飲料水(炭酸飲料を含む。)、栄養ドリンク、コーヒー、ナッツ類、ヨーグルト、チーズ等の乳製品、サプリメント、総合感冒薬、眠気防止薬について、飲食の有無を確認し記入すること。
- (5) 受診番号を付番すること。受診番号の付番方法は、発注者と協議の上決定すること。
- (6) 各検査において、受診者の都合により検査を省略した対象者については、「医療機関等での健康診断結果報告書(特殊健康診断用)」(Y-15)をその場で手渡し、検査の結果を速やかに各所属担当者へ提出する必要がある旨申し添えること。また、医療機関の受診及び上記報告書の作成に係る費用は自己負担となることも併せて説明すること。

## 8 検査方法

「特殊健康診断各検査順序及び検査方法」(Y-7)に規定する検査順序及び検査方法に従い行うこと。また、本仕様書実施要領Ⅱ内、「10 判定方法」による判定ができるよう検査を行うこと。

※ 各検査等については、精度管理(内部精度管理及び外部精度管理)を行うように努めること。このうち外部精度管理については、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、必要な外部精度管理を実施するように努め、発注者が指定する資料を打合せ後速やかに提出すること。

## 9 特殊健康診断(配置時・復職者等)・特殊健康診断(再検査・精密検査)(配置時・復職者等)の実施

- (1) 当該健康診断がスムーズに行われるようスタッフを配置すること。
- (2) 受付開始15分前には会場準備が完了していること。
- (3) 当該健康診断の当日は、実施前に機器等が正常に作動するかの確認をすること。
- (4) プライバシー等に十分配慮すること。
- (5) 身体障がい等のある職員及び特段の事情(アレルギー等)を持つ職員が受診する際は特に配慮すること。
- (6) 診察医は診察場面において適切に必要な事項を指導すること。



- (7) 当該健康診断の各日終了後、該当月をまとめた上で1週間以内に当該健康診断の実施状況（受診者数・一部検査未受診者数・特記事項等）を健康診断等日次報告書（Y-16）にて必ず報告すること。
- (8) 受注者は、受診者の生命の危機に関わること等の緊急対応が必要な場合は、発注者に連絡する等適切に対応すること。
- (9) トラブル等が発生した場合には、内容を問わず速やかに発注者に電話等で連絡し、健康診断等日次報告書（Y-16）の特記事項に記入の上、必ず報告すること。また、トラブルの対応についてはトラブル発生後早急に発注者と協議し、適切な措置を講じること。
- (10) 眼底検査対象者が「眼底検査通知文」（Y-20）を持参した場合は、該当者であるかを確認し、眼底検査を実施すること。

## 10 判定方法

受診対象者への結果通知に当たり、特殊健康診断各検査項目の医療上の判定については、全て受注者が行うこと。なお、判定区分を事前に発注者に報告すること。

ただし、本仕様書実施要領Ⅱ内、「11 事後措置」の項については、「電離放射線業務従事者健康診断判定基準表」（Y-9）、「有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表」（Y-10）を参考に行うこと。

## 11 事後措置

### (1) 緊急連絡について

対象者の抽出は「緊急連絡対象者基準表（特殊健康診断用）」（Y-13）に基づいて行い、当該対象者の特殊健康診断終了後、できる限り早急に（原則1週間以内）緊急連絡票（Y-17）、特殊健康診断結果通知書（一次判定）（内容については発注者と相談すること。）、「特殊健康診断受診者リスト」（Y-19）及び受診票の写しを発注者へ引き渡すこと。

### (2) 特殊健康診断結果について

受注者は総合判定（一次判定）を行い、所見の有無にかかわらず、2週間以内に特殊健康診断結果通知書（一次判定）、「特殊健康診断受診者リスト」（Y-19）及び受診票の写しを発注者へ引き渡すこと。併せて、「特殊健康診断受診者リスト」のデータを、エクセルファイルで発注者へ提供すること。また、特殊健康診断と、雇入れ時健康診断を併せて受診している者のうち、雇入れ結果が判明している者については、雇入れ時健康診断結果も発注者へ引き渡すこと。

### (3) 血液再検査（電離放射線業務従事者健康診断）について

特殊健康診断時に行った血液検査の結果、異型リンパ球が認められた者について、血液再検査を実施すること。

ア 対象者について、「血液再検査通知文・検査書」（Y-21）を持参した場合は、該当者であるかを確認し、血液再検査（電離放射線業務従事者健康診断）を実施すること。

イ 検査実施終了後2週間以内に、結果を「電離放射線業務従事者健康診断再検査（血液検査書）」に記載し、3部（1部は対象者へ結果通知用として封入し、該当者の所属・職員番号・氏名・「血液再検査結果在中」と表書きしたもの）を発注者に引き渡すこと。

### (4) 眼科精密検査（電離放射線業務従事者健康診断）について

特殊健康診断時に行った結果、下記のいずれかに該当した者について、眼科精密検査を実施すること。

- ・遠方かつ近方視力で右又は左の視力（裸眼かつ矯正）が0.6以下でかつ前回の視力測定より0.2以上低下した者
- ・遠方又は近方視力で、今回はじめて右又は左の視力（裸眼かつ矯正）が0.1以下の者
- ・水晶体の混濁が認められる者

- ・半年間の実効線量計が 5 mSv 以上の者
- ・半年間の等価線量（水晶体）計が 5 mSv 以上の者

- ア 対象者について、「眼科精密検査通知文・検査書」（Y-22）を持参した場合は、該当者であるかを確認し、眼科精密検査（電離放射線業務従事者健康診断）を実施すること。
- イ 検査実施終了後 2 週間以内に、結果を「電離放射線業務従事者健康診断精密検査（眼科）検査書」に記載し、発注者に 3 部（1 部は対象者へ結果通知用として封入し、該当者の所属・職員番号・氏名・「眼科精密検査結果在中」と表書きしたもの）を引き渡すこと。

(5) 尿中代謝物再検査（有機溶剤業務従事者健康診断）について

特殊健康診断時に行った尿中代謝物検査の結果、「分布 3」と判定された者、及び「分布 2」と判定された者の内、発注者が必要と判断した者について、尿中代謝物再検査を実施すること。

- ア 対象者について、「尿中代謝物再検査通知文・検査書」（Y-23）を持参した場合は、該当者であるかを確認し、尿中代謝物再検査（有機溶剤業務従事者健康診断）を実施すること。

- イ 「有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表」（Y-10）に基づき判定を行い、検査実施終了後 2 週間以内に結果を「有機溶剤業務従事者健康診断再検査（尿中代謝物）検査書」に記載し、発注者に 3 部（1 部は対象者へ結果通知用として封入し、該当者の所属・職員番号・氏名・「尿中代謝物再検査結果在中」と表書きしたもの）を引き渡すこと。

## 12 総合判定及び各項目判定の修正

本仕様書実施要領Ⅱ内、「10 判定方法」に基づき受注者が行った特殊健康診断の判定結果を、所見の有無にかかわらず、発注者が最終の総合判定を行う。発注者が行った判定結果を発注者の判定欄に記載し後日、受注者へ引き渡すので、受注者は判定結果を修正し、対象者の総合判定とすること。

## 13 結果の通知

受注者は、受注者の作成した特殊健康診断結果通知書に本仕様書実施要領Ⅱ内、「12 総合判定及び各項目判定の修正」処理後 10 日以内に、2 部を該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。また、受診票の写しを該当所属先（「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）参照）へ引き渡すこと。

## 14 結果データの納入

- (1) 受注者は、本仕様書実施要領Ⅱ内、「12 総合判定及び各項目判定の修正」処理後、特殊健康診断結果を「特殊健康診断結果データ受渡仕様書」（Y-32）のとおり作成し、発注者へ引き渡すこと。なお、データ引き渡しは初回より 2 週間を納入単位として、最後の実施日の 2 週間後までに納入すること。
- (2) 健診区分は必ずデータに入力すること。
- (3) コードはそのまま（001 の 00 をとらずに）入力すること。

## 実施要領Ⅲ（定期健康診断（復職者等）について）

### 1 実施日程及び実施場所

実施日程については、履行期間中令和8年4月から令和8年6月及び令和8年12月から令和9年3月の間に、発注者と受注者が実施日を調整の上当該受注者の開設する施設（大阪市内に限る。）で実施すること。なお、職員の復職等の事由により適宜受診票が必要となるため、発注者から「定期健康診断（復職者等）対象者リスト」（Y-35）を受領後、速やかに受診票を作成し、送付すること。ただし、受診対象者が日程変更を希望する場合は対応すること。

### 2 受付時間及び実施時間

9時から17時までに、受付から「健康診断別検査項目一覧」（Y-1）を終了できるよう、受注者が指定する。

### 3 対象者数（対象者数は概数であり、発注者の都合により増減することがある。）

第1種定期健康診断（復職者等）：約135人

うち心電図検査対象者：約1人

第2種定期健康診断（復職者等）：約54人

### 4 受診票及び結果通知書の作成

#### (1) 受診票

受注者は、定期健康診断（復職者等）を有効に実施するため「大阪市職員定期健康診断受診票」（Y-24・25）を参考に受診票を作成すること。

#### (2) 結果通知書

受注者は、定期健康診断結果を受診対象者に通知するためA4で結果通知書を作成すること。様式は特に指定しないが、以下のア～コの項目を踏まえて作成すること。

ア 各検査項目（心胸比含む。）における発注者が指定する基準値を印字すること。

イ 各項目及び総合判定の医療区分を記載（B2、C及びDは受診者が分かりやすいよう、太字若しくは赤字で表記すること。）し、基準値外の各検査結果にはアスタリスクを付け、指導事項（結果のお知らせコメント）を印字すること。（印字の順序は「雇入れ時健康診断等判定基準表」（Y-8）参照。聴力は検査方法についても明記すること。）

ウ 「検査値の経年変化を知ることが、健康管理にとって重要なことです。健康診断後の保健指導等で使用することがありますので、この通知書は大切に保管してください。」と明記すること。

エ 食事の有無を記載すること。

オ 各検査項目及び判定区分の説明を記載すること。

カ 総合所見欄に「※ 総合判定に情報機器作業判定・視力検査は含みません。」と表記すること。

キ 作成した結果通知書については、事前にサンプルを発注者に提出し、必要があれば修正を行うこと。

ク 「健康診断の結果は、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用（個人が特定できない状態で利用）、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。なお、これに同意しない場合は、本健康診断結果のお知らせを受領後、14日以内に総務局人事部人事課厚生グループ06-6208-7535まで連絡してください。」と明記すること。

ケ 検査値の記載がある面に、受診者の所属コード・所属名・職員番号・氏名・生年月日・

受診年月日（※性別は不要）を印字すること。

コ 受注者名を印字すること。

### (3) 結果通知の方法

受注者は、結果通知書の内容が他に漏えいしないよう封筒を作成する等の措置をとること。  
また、受診対象者の所属・職員番号・氏名が判別できるよう封筒に窓を設ける、又は、対象者ラベルを添付して発送できるよう対処すること。

## 5 対象者の通知

対象者については、当該健康診断を実施する必要がある場合に、適宜「定期健康診断（復職者等）対象者リスト」（Y-35）及び「定期健康診断（復職者等）対象者データ受渡仕様書」（Y-29）により、発注者から受注者へデータを引き渡す。

## 6 事前配布物

- (1) 受注者は、発注者の用意した受診票に所属コード・所属名・職員番号・氏名（外字についてはカナで表示すること。）・性別（1：男、2：女）・年齢・生年月日・前回受診日・前回X線番号・前回判定区分を印字し、健康診断開始の2週間前までに各所属へ納入するものとする。（事前にサンプルを受注者に提出すること。）
- (2) 受注者が印字した受診票の納入は、「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）の所属コードで指定する所属先に行くこと。なお、「各所属健康診断担当一覧」（Y-5）に指定する所属以外に納入が必要な場合は、別途協議の上、決定する。
- (3) 受診票には、原則として発注者が指定する内容のみ印字すること。
- (4) 受注者は、定期健康診断（復職者等）当日に採尿が困難な対象者に必要な検体容器（履行期間中約3個）を発注者に健康診断開始の2週間前までに納入するものとする。なお、納入する際の封筒については、「健康診断キット在中」と記載すること。具体必要個数については別途発注者より受注者へ通知する。

## 7 受付対応

本仕様書内実施要領Ⅰ「7 受付対応」のとおり

## 8 検査方法

本仕様書内実施要領Ⅰ「8 検査方法」のとおり

## 9 実 施

本仕様書内実施要領Ⅰ「9 実 施」のとおり

## 10 判定方法

本仕様書内実施要領Ⅰ「10 判定方法」のとおり

## 11 事後措置

本仕様書内実施要領Ⅰ「11 事後措置」のとおり

## 12 結果の通知

本仕様書内実施要領Ⅰ「12 結果の通知」のとおり

## 13 結果データの納入

本仕様書内実施要領Ⅰ「13 結果データの納入」のとおり

## 健康診断別検査項目一覧

健診区分	対象者	検査項目
第1種定期健康診断 (復職者等)	健康診断実施年度4月1日現在40歳未満で本市に在職する職員(ただし、雇入れ時健康診断対象者、35歳の者及び第2種定期健康診断イに該当する者を除く。)  上記のうち、休職等により定期健康診断を受診できなかった者	問診(自記・面接により既往歴、自覚症状及び他覚症状の有無の調査) 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) 視力検査(遠方・近方) 聴力検査(会話法) 胸部X線撮影(心胸比測定含む。)(※1) 循環器検査(血圧・心電図(※2)) 腎機能検査(尿蛋白・クレアチニン) 肝機能検査(AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)) 痛風検査(尿酸) 糖代謝機能検査(尿糖・血糖(空腹時)・HbA1c(NGSP値)) 血中脂質検査 (中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール) 血液系検査 (赤血球数・白血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット) 医師による診察及び指導
第2種定期健康診断 (復職者等)	ア 健康診断実施年度4月1日現在35歳又は40歳以上で本市に在職する職員  イ・前年度心電図検査において「要受診」、「要精密検査」、「要経過観察」と判定された者 ・前年の健康診断結果において血糖高値、脂質異常、血圧高値、肥満全ての項目について一定の基準に該当した者(発注者より指定)  ウ 再任用職員  上記のうち、休職等により定期健康診断を受診できなかった者	問診(自記・面接により既往歴、自覚症状及び他覚症状の有無の調査) 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) 視力検査(遠方・近方・眼位・調節機能検査) 聴力検査(オーディオメーター 1000・4000Hz) 胸部X線撮影(心胸比測定含む。)(※1) 循環器検査(血圧・心電図) 腎機能検査(尿蛋白・クレアチニン) 肝機能検査(AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)) 痛風検査(尿酸) 糖代謝機能検査(尿糖・血糖(空腹時)・HbA1c(NGSP値)) 血中脂質検査 (中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール) 血液系検査 (赤血球数・白血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット) 医師による診察及び指導

健診区分	対象者	検査項目
雇入れ時健康診断	本市採用後、初めて健康診断を受診する職員	問診(自記・面接により既往歴・業務歴、自覚症状及び他覚症状の有無の調査) 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) 視力検査(遠方・近方・眼位・調節機能検査・屈折検査) (※4) 聴力検査(オーディオメーター 1000・4000Hz) 胸部X線直接撮影(心胸比測定含む。) (※1) 循環器系検査(血圧・心電図) 腎機能検査(尿蛋白・クレアチニン) 肝機能検査(AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)) 痛風検査(尿酸) 糖代謝機能検査(尿糖・血糖(空腹時)・HbA1c(NGSP値)) 血中脂質検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール) 血液系検査(赤血球数・白血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット) 医師による診察及び指導
電離放射線業務従事者健康診断	第1種・第2種健康診断対象者のうち、「電離放射線障害防止規則第56条」に基づく電離放射線業務に従事する職員	問診(自記・面接により既往歴、業務歴、自覚症状及び他覚症状の有無の調査) 視力検査(遠方又は近方) 血液検査(白血球数・白血球百分率・異型リンパ球・赤血球数・ヘモグロビン) 皮膚所見などの他覚症状の確認 医師による診察及び指導
有機溶剤業務従事者健康診断	第1種・第2種健康診断対象者のうち、「有機溶剤中毒予防規則第29条」に基づく有機溶剤業務に従事する職員	問診(自記・面接により既往歴、業務歴、自覚症状及び他覚症状の有無の調査) 尿検査(尿蛋白) 尿沈渣検査(尿蛋白が(+)以上の場合のみ) 血液検査(赤血球数・ヘモグロビン) 肝機能検査(AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)) 皮膚所見などの他覚症状の確認 眼底検査(二硫化炭素を使用している者のみ) 医師による診察及び指導 尿中代謝物検査(※3)
血液再検査 (電離放射線業務従事者健康診断)	電離放射線業務従事者健康診断の結果、再検査の対象となった者	血液検査(白血球数・白血球百分率・異型リンパ球・赤血球数・ヘモグロビン) 内科医による診察
眼科精密検査 (電離放射線業務従事者健康診断)	電離放射線業務従事者健康診断結果、精密検査の対象となった者	矯正視力検査 細隙灯顕微鏡検査(前眼部のみ) 屈折検査(眼鏡等で視力矯正していない者のみ) 眼科医による診察
尿中代謝物再検査 (有機溶剤業務従事者健康診断)	有機溶剤業務従事者健康診断の尿中代謝物検査の結果、再検査の対象となった者	尿中代謝物再検査(※3)

※1 直接又はコンピュータ撮影により実施すること。

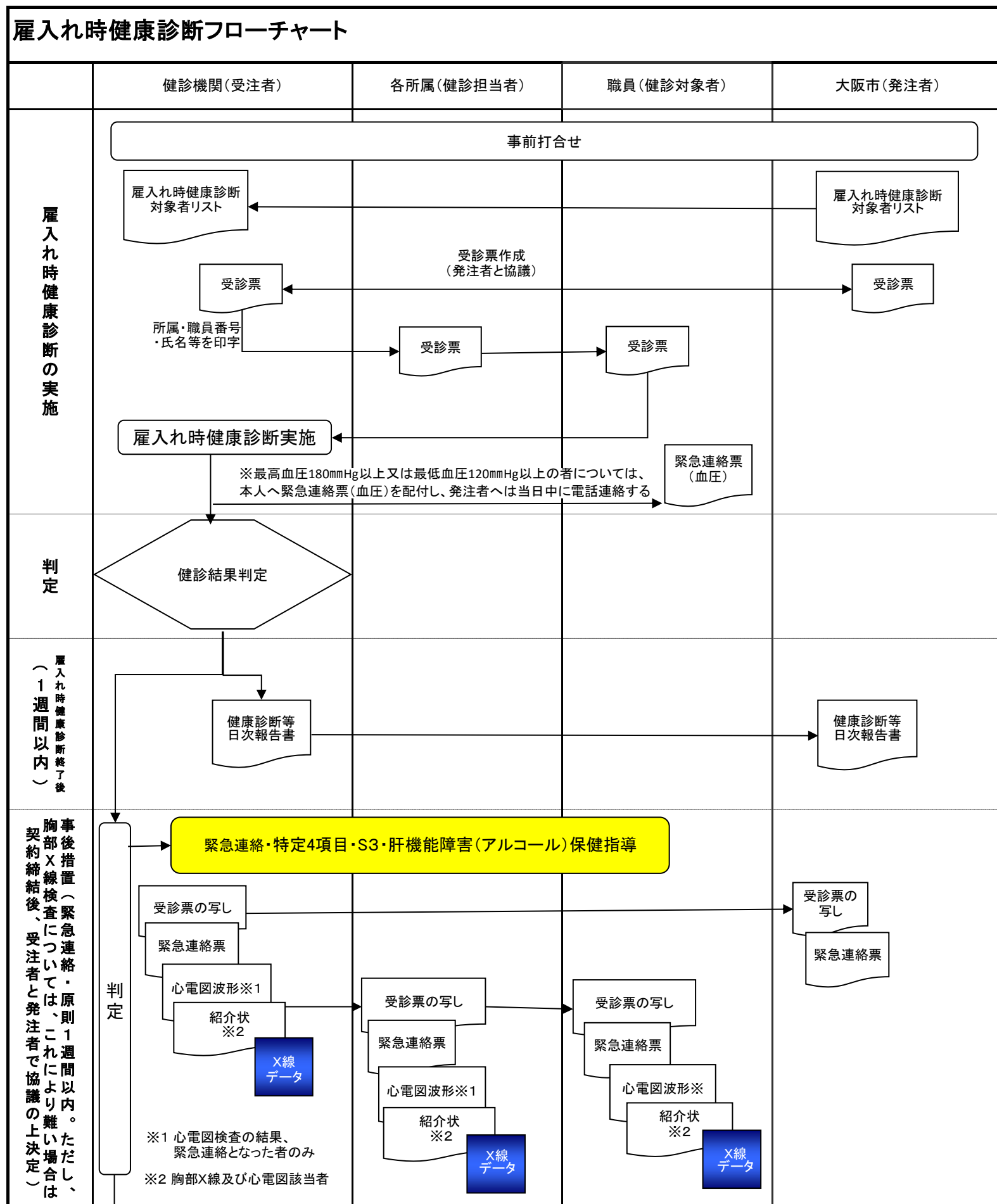
※2 心電図検査については、医師が省略しないと判断した者について実施すること。なお、車両（自動車、船舶、重機等。自転車は除く。）の運転や高所作業に従事する者及び消防局職員のうち消防吏員については、省略できないものとする。

※3 尿中代謝物検査一覧

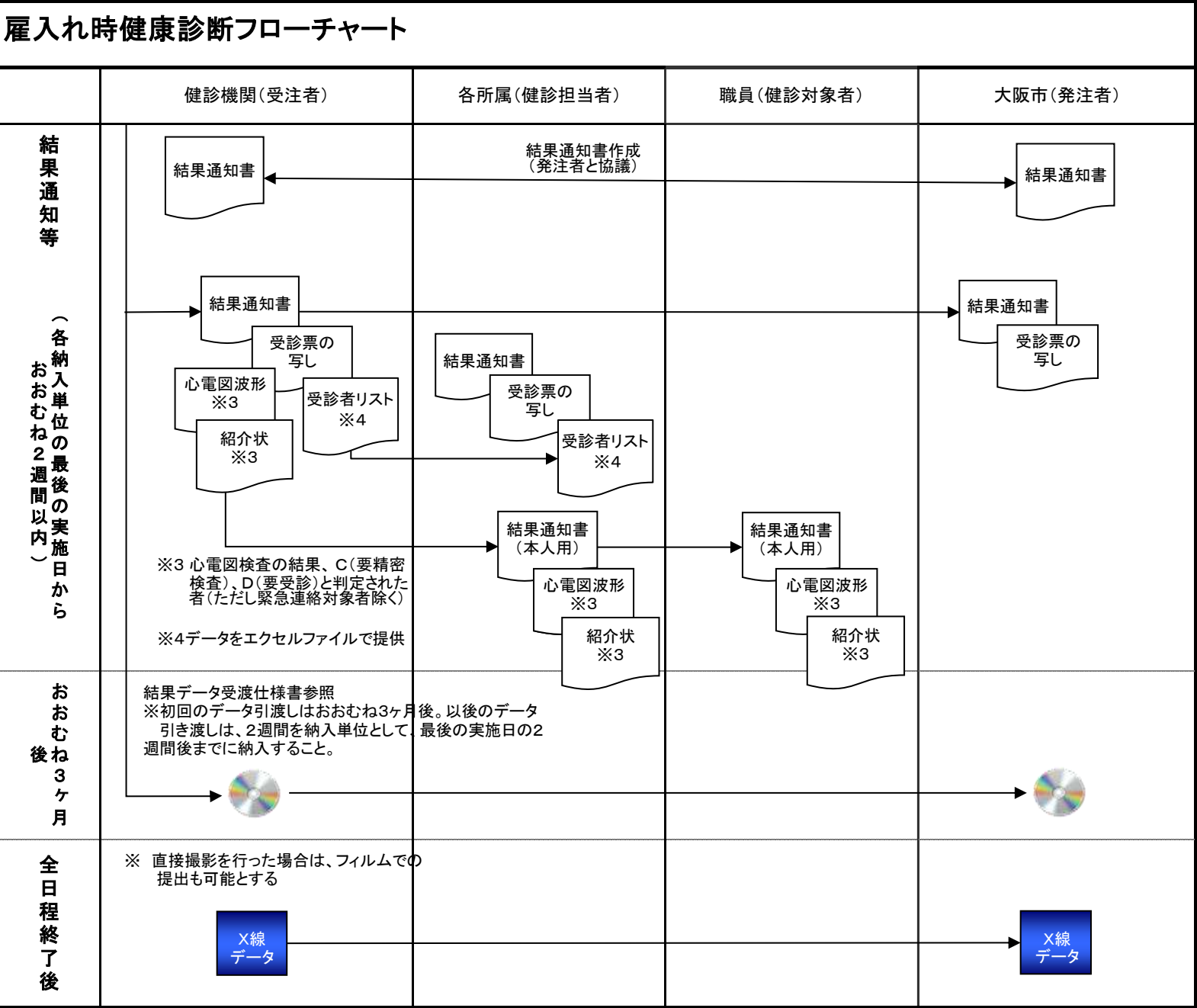
溶剤コード	使用有機溶剤	検査内容
11	キシレン	尿中メチル馬尿酸検査
30	N,N-ジメチルホルムアミド	尿中N-メチルホルムアミド検査
35	1,1,1-トリクロロエタン	尿中総三塩化物検査
37	トルエン	尿中馬尿酸検査
39	ノルマルヘキサン	尿中2,5-ヘキサンジオン検査

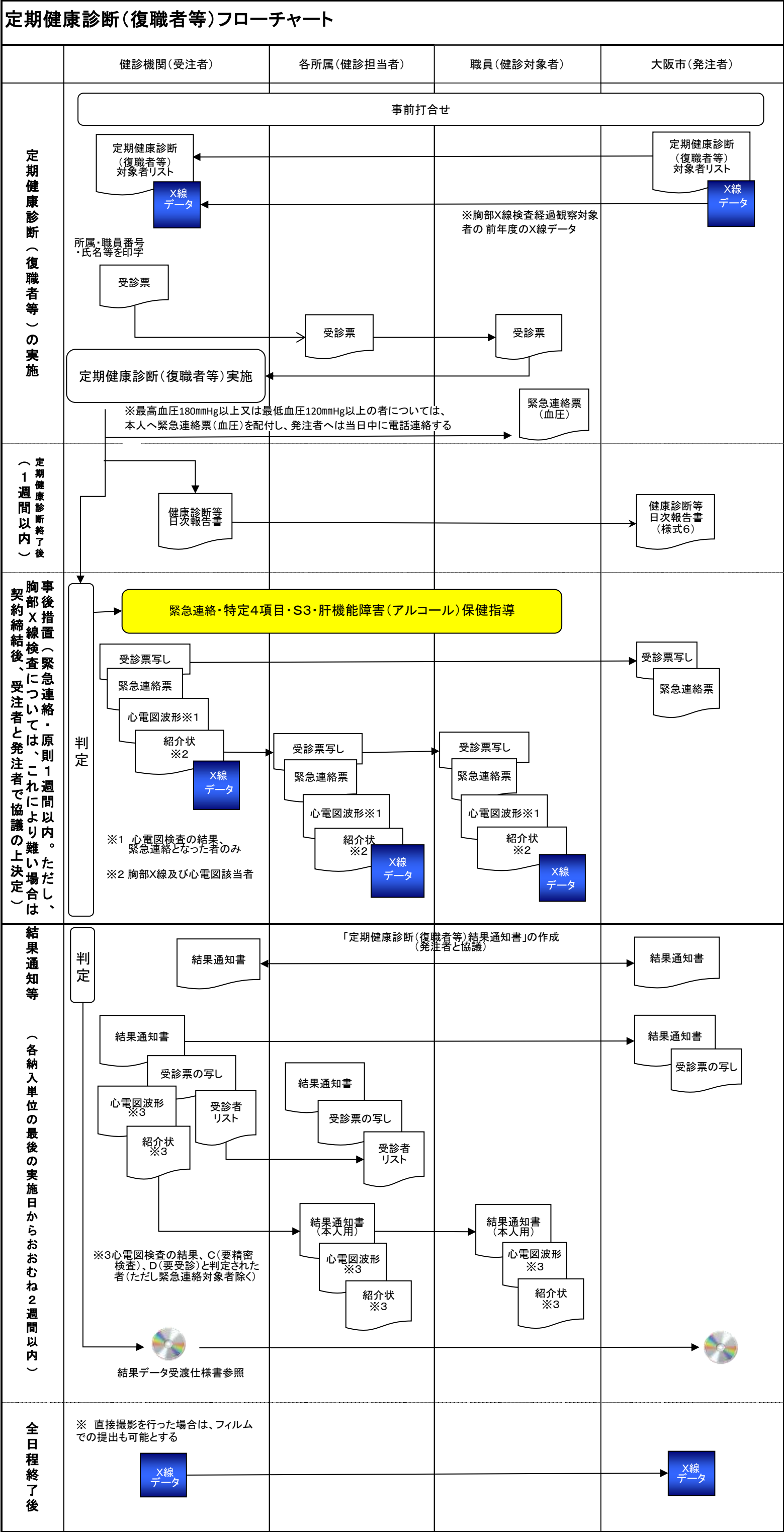
※4 屈折検査については、問診において、特に異常が認められず、視力検査における片眼視力（裸眼又は矯正）で両眼ともおおむね0.5以上の者は省略する。

## 雇入れ時健康診断フローチャート

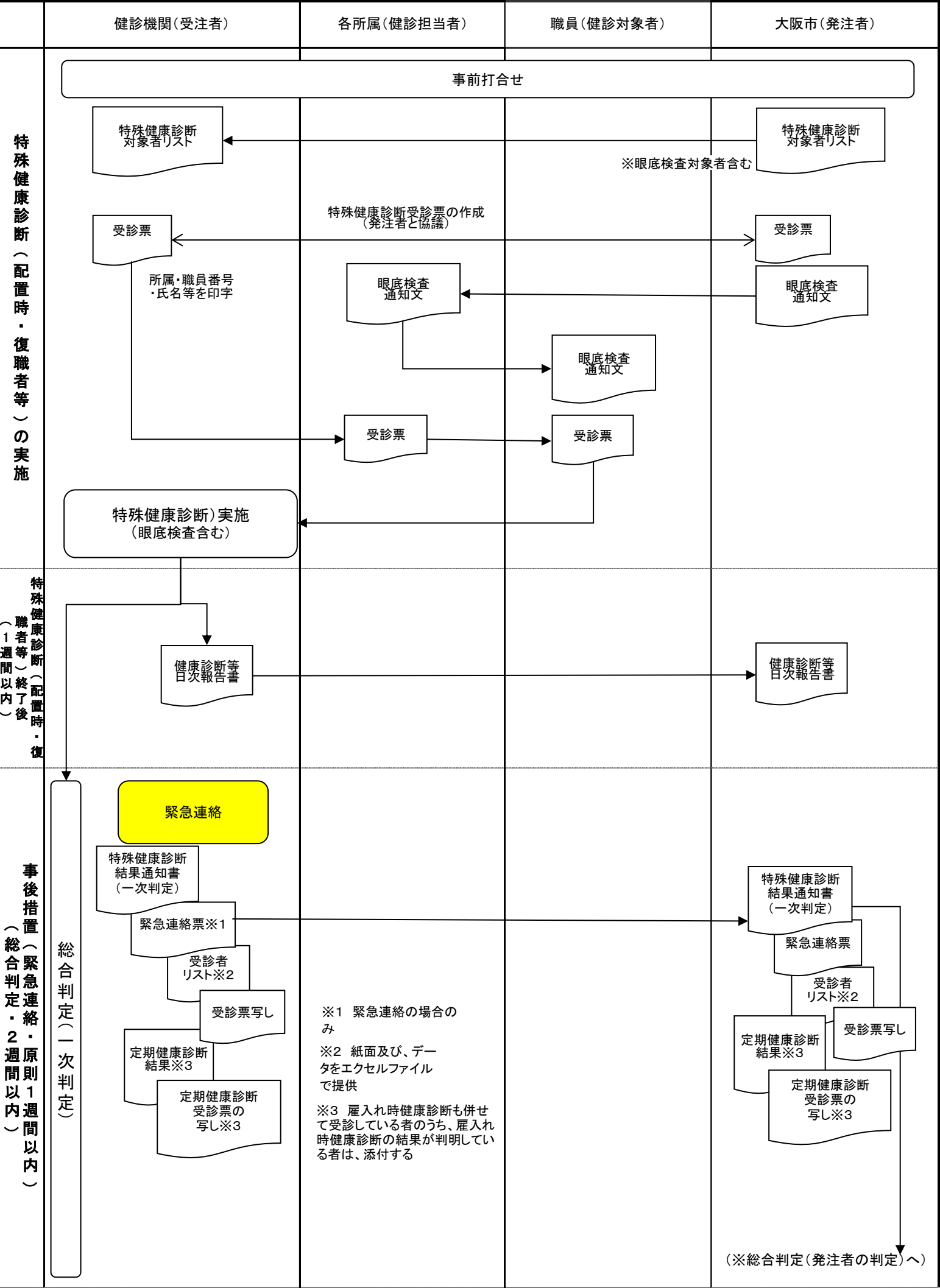




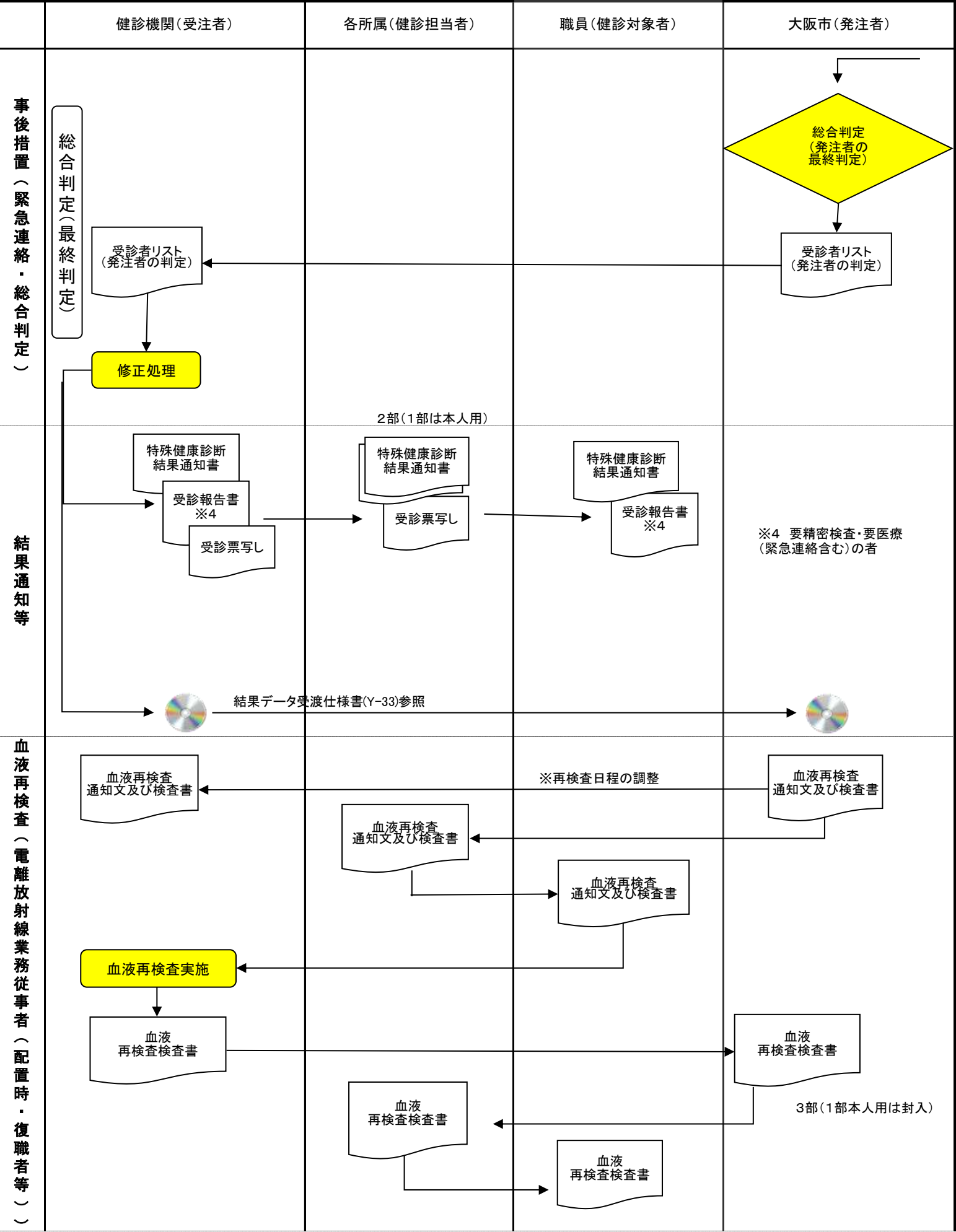




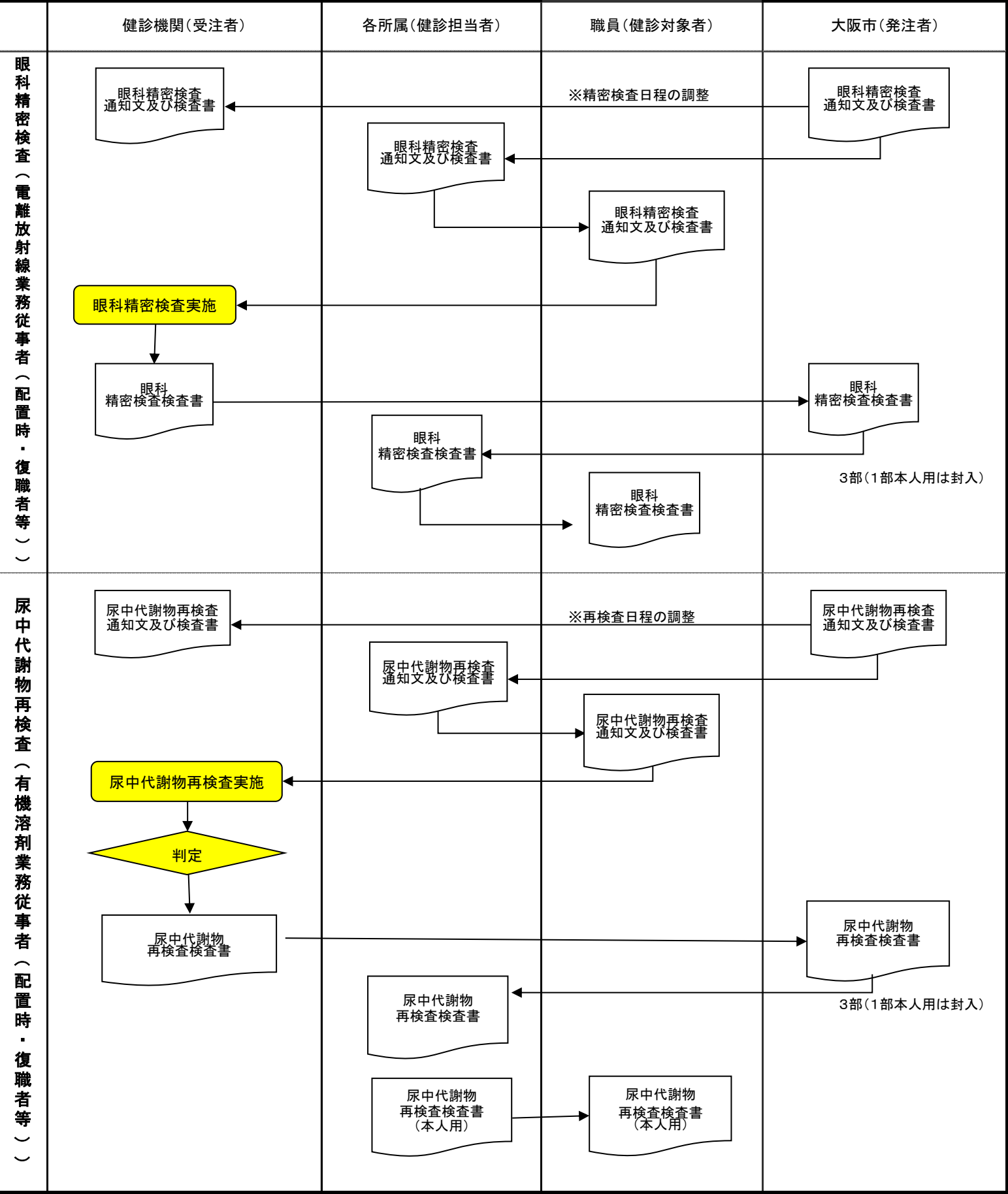
特殊健康診断(配置時・復職者等)フローチャート



特殊健康診断(配置時・復職者等)フローチャート



特殊健康診断(配置時・復職者等)フローチャート



## 各所属健康診断担当一覧

所属コード	所属名	課名等	住所	電話番号
01	市会事務局	総務	北区中之島1-3-20	6208-8672
02	行政委員会事務局	総務	北区中之島1-3-20	6208-8571
03	教育委員会事務局	総務	北区中之島1-3-20	6208-9025
04	デジタル統括室	総務	北区中之島1-3-20	6208-9145
07	副首都推進局	総務	北区中之島1-3-20	6208-9514
08	市政改革室	行政改革	北区中之島1-3-20	6208-9765
10	政策企画室	秘書	北区中之島1-3-20	6208-7234
11	総務局	総務	北区中之島1-3-20	6208-7411
14	市民局	総務	北区中之島1-3-20	6208-7311
15	危機管理室	危機管理	北区中之島1-3-20	6208-7378
16	契約管財局	契約	中央区本町1丁目4番5号(大阪産業創造館 7階・8階・9階)	6484-7030
17・19	財政局	財務	北区中之島1-3-20	6208-7712
18	計画調整局	総務	北区中之島1-3-20	6208-7811
20	福祉局	総務	北区中之島1-3-20	6208-9927
21	弘済院	管理	吹田市古江台6-2-1	6871-8002
22・40・41	経済戦略局	総務	住之江区南港北2-1-10 ATC・O's棟	6615-3717
24・25	中央卸売市場	総務	福島区野田1-1-86	6469-7910
26・27・28	こども青少年局	総務	北区中之島1-3-20	6208-8117
30	健康局	総務	北区中之島1-3-20	6208-9922
31	環境局	職員	阿倍野区阿倍野筋1-5-1(あべのルシアス)	6630-3163
33・34・37	建設局	職員	住之江区南港北2-1-10 ATC・ITM棟6階	6615-6201
36	大阪港湾局	総務	住之江区南港北2-1-10 ATC・ITM棟10階	6615-7708
38	都市整備局	総務	北区中之島1-3-20	6208-9611
39	会計室	会計企画	北区中之島1-3-20	6208-8482
43	都市交通局	総務	北区中之島1-3-20	6208-8893
45	万博推進局	総務	住之江区南港北2-1-10 ATCビル	6690-7467
51	北区役所	総務	北区扇町2-1-27	6313-9555
52	都島区役所	総務	都島区中野町2-16-20	6882-9626
53	福島区役所	総務	福島区大開1-8-1	6464-9900
54	此花区役所	総務	此花区春日出北1-8-4	6466-9625
55	中央区役所	総務	中央区久太郎町1-2-27	6267-9985
56	西区役所	総務	西区新町4-5-14	6532-9803
57	港区役所	総務	港区市岡1-15-25	6576-9987
58	大正区役所	総務	大正区千島2-7-95	4394-9625
59	天王寺区役所	企画総務	天王寺区真法院町20-33	6774-9626
61	浪速区役所	総務	浪速区敷津東1-4-20	6647-9984
63	西淀川区役所	人事総務	西淀川区御幣島1-2-10	6478-9984
64	淀川区役所	総務	淀川区十三東2-3-3	6308-9625
65	東淀川区役所	総務	東淀川区豊新2-1-4	4809-9625
66	東成区役所	総務	東成区大今里西2-8-4	6977-9625
67	生野区役所	総務	生野区勝山南3-1-19	6715-9001
68	旭区役所	総務	旭区大宮1-1-17	6957-9625
69	城東区役所	総務	城東区中央3-4-29	6930-9103
70	鶴見区役所	総務	鶴見区横堤5-4-19	6915-9625
71	阿倍野区役所	総務	阿倍野区文の里1-1-40	6622-9625
72	住之江区役所	政策推進	住之江区御崎3-1-17	6682-9625
73	住吉区役所	総務	住吉区南住吉3-15-55	6694-9683
74	東住吉区役所	総務	東住吉区東田辺1-13-4	4399-9975
75	平野区役所	総務	平野区背戸口3-8-19	4302-9913
76	西成区役所	総務	西成区岸里1-5-20	6659-9625
80	消防局	人事	西区九条南1-12-54	4393-6127

・上記内容は変更する場合がある。(令和7年11月時点)

## 雇入れ時健康診断等各検査順序及び検査方法

### 1 問診

- (1) 問診はプライバシーを保護できる場面で聴取すること。また必ず診察より前に実施すること。
- (2) 受診票に記載漏れや齟齬がないか確認を行うこと。
- (3) 下記の問診項目について確認を行うこと。
  - ・ 自覚症状（受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄、項目 8, 15）について  
あると回答があった場合に記入誤りがないかを確認すること。
  - ・ 喫煙（受診票「Ⅱ 生活習慣について」欄、項目 30）  
喫煙期間中に禁煙を試みたことがあった場合は、禁煙期間を省いた通算喫煙期間を記載すること。
  - ・ 現病歴（受診票「Ⅲ あなたの既往歴などについて」欄）  
「31 その他の病気」を記載している場合には、受診者に具体的な病名を確認の上、記入すること。
  - ・ 現病歴（受診票「Ⅲ あなたの既往歴などについて」欄）  
「現在、服薬や注射による治療を行っている病気」欄又は「治療はしていないが、医療機関で定期的に検査や経過観察を行っている病気」欄に、「31 その他の病気」を記載している場合で、下記【精神疾患を疑う病名一覧】又は ICD10 コードにおいて精神及び行動の障害に分類される病名の記載がある場合は、「29 精神疾患（メンタル不調など）」があると判断し、29 の番号を記載すること。  
**【精神疾患を疑う病名一覧】**  
 アルコール依存症・うつ病（うつ、うつ状態、うつ症状、抑うつ、仮面うつ病含む）・気分変調性障害・自律神経失調症・睡眠障害（不眠症、睡眠薬内服含む）・摂食障害・適応障害・パニック障害・不安神経症・その他（ICD10 コード参照）
  - ・ 生理区分（受診票「Ⅴ その他」欄）  
「1：生理中」に○がある受診者に対し、生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合は自己負担で再度尿検査を受診する必要があることを事前に説明しておくこと。
  - ・ 情報機器作業に関する自覚症状（受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄、項目 16～23）  
情報機器使用中や使用直後に特に症状が強くなる場合に、業務との関連があるとし、診察に引き継ぐこと。

### 2 尿検査

- (1) 判定は試験紙所定の判定時間を守って行うこと。
- (2) 採尿容器は清潔なものをを用いること。
- (3) 採尿の際は、最初の尿は捨て、中間尿を採取するよう受診者に指導又は受診者に分かるように張り紙等を行うこと。
- (4) 尿の回収については、受診番号と同一とするなどして、採取した尿が他者のものと混同しないように確実に扱うこと。
- (5) 尿の回収場所については、プライバシーが保護でき、かつ尿に不純物等が混入しないような清潔な場所に設定すること。
- (6) 透析中等、持病により採尿できない場合は、本人の申出により省略することも可能とする。その際は「健康診断等日次報告書」（Y-16）の一部検査未受診者欄に記入すること。  
 ※ 「医療機関等での健康診断結果報告書」（Y-14）は本人に渡さないこと。

### 3 身体測定

- (1) 身体測定はプライバシーを保護できる場所で行うこと。
- (2) 体重計はデジタルのもので、計量検定に合格したものをを用いること。
- (3) 測定単位は、身長は cm、体重は kg、腹囲は cm とし、小数点以下第 1 位まで求めること。

- (4) 体重測定の際には、衣服の重さを考慮し、4月～9月については0.5kgを10月～3月については1kgを差し引くこと。
  - (5) 妊娠中（可能性あり）の受診者については、体重測定を行うがBMIは算出しない。
  - (6) 腹囲の測定に当たっては、メタボリックシンドロームの診断基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベルで測定すること。
  - (7) 妊娠中（可能性あり）の者又は車椅子利用者（ただし、立位での測定が不可能な者のみ）については、腹囲測定は行わないこと。ただし、受診者より測定の希望があった場合は測定し、その場で受診者に結果及び正確なデータではないため結果通知等には反映しないことを伝えること。
  - (8) 補装具等を使用している職員の身体測定については、安全に測定できる範囲内で計測を行うこと。安全に測定できない場合は、その旨を「健康診断等日次報告書」（Y-16）の一部検査未受診者欄に記入すること。
- ※ 「医療機関等での健康診断結果報告書」（Y-14）は本人に渡さないこと。

#### 4 視力検査

- (1) 遠方視力
    - ・ 5M視力を左右片眼ずつ、裸眼と矯正を検査すること。ただし、コンタクトレンズを装用している場合は矯正のみの検査とすること。
    - ・ 測定単位は、小数点以下第1位まで求めること。
    - ・ 測定は0.1までとし、0.1未満の場合は0.1未満とすること。
  - (2) 近方視力
    - ・ 50cm視力を左右片眼ずつ、裸眼と矯正を検査すること。ただし、コンタクトレンズを装用している場合は矯正のみの検査とすること。
    - ・ 測定単位は、小数点以下第1位まで求めること。
    - ・ 測定は0.1までとし、0.1未満の場合は0.1未満とすること。
  - (3) 雇入れ時健康診断対象者及び第2種定期健康診断（復職者等）対象者については、眼位検査を行うこと交代遮蔽試験又は眼位検査付き視力計で斜位の有無を検査する。
  - (4) 雇入れ時健康診断対象者及び第2種定期健康診断（復職者等）対象者については、調節機能検査を行うこと。
- 普段情報機器作業を行っている矯正状態での近点距離を測定する。
- (5) 雇入れ時健康診断対象者については、屈折検査を行うこと。
- 受注者の方法による。
- ※ ただし、屈折検査については、問診において、特に異常が認められず、視力検査における片眼視力（裸眼又は矯正）で両眼ともおおむね0.5以上の者は省略する。

#### 5 血圧測定

- (1) 血圧測定は、最高血圧、最低血圧を測定すること。
- (2) 検査の結果が最高血圧130mmHg以上又は最低血圧85mmHg以上の場合は、安静にした後に再測定を行い、測定結果については、基準値により近い方の値を受診票に記載すること。
- (3) 血圧測定は採血前までに実施すること。
- (4) 測定前の動作が値に影響しないよう、安静にした後に落ち着いた状態で測定すること。

#### 6 血液検査

- (1) 採血番号は、受診番号と同一とするなどして、他者のものと混同しないように確実に取り扱うこと。
- (2) 採血後、使い捨てで止血可能なものを使用し、止血を確認すること。
- (3) アルコール禁忌の者については、他の消毒液を用意すること。
- (4) 採血しにくい場合は、他の採血器具を使用し行うこと。



- (5) 採血事故があった場合には、速やかに対応措置を講じ、発注者に連絡の上、その後の対応について協議すること。

## 7 聴力検査

- (1) 第1種定期健康診断（復職者等）対象者については、会話による応答状況で検査を行うこと。
- (2) 雇入れ時健康診断対象者及び第2種定期健康診断（復職者等）対象者については、周囲の音ができる限り遮断される環境で、オーディオメーターにより左右測定すること。
- (3) 補聴器使用者についても検査を行い「健康診断等日次報告書」（Y-16）の特記事項欄に補聴器使用と記入すること。ただし、補聴器使用者が検査を省略したいと申し出た場合は、その限りではない。その際は「健康診断等日次報告書」（Y-16）の一部検査未受診者欄に記入すること。  
※ 「医療機関等での健康診断結果報告書」（Y-14）は本人に渡さないこと。

## 8 医師の診察及び指導

- (1) 診察は、できる限り他の検査を実施した後に行うこと。ただし心電図検査の前に実施すること。
- (2) 心電図検査については、第1種定期健康診断（復職者等）の場合、医師が省略しないと判断した者に実施すること。なお、「医師が省略しないと判断した者」とは、次のア～エ等のことをいう。
  - ア 受診票（「I 自覚症状について」欄、項目 03～04、その他の症状）、問診により動悸、胸痛、意識消失などの自覚症状等がある者
  - イ 車両（自動車、船舶、重機等。自転車は除く。）の運転や高所作業に従事する者
  - ウ 健診当日に最高血圧が 140 mmHg 以上又は最低血圧が 90 mmHg 以上の者
  - エ 診察による心雑音・心音不整等を認める者また、第1種定期健康診断（復職者等）対象者のうち心電図実施者に対し、心電図実施の指示及びその理由について受診票に記載すること。
- (3) 待っている者や隣のブース等に診察の声が漏れないように十分配慮すること。
- (4) 問診、視診、聴打診と必要に応じて触診を行うこと。
- (5) 情報機器作業における判定について、以下のとおりとすること。
  - ・ 情報機器作業に関する自覚症状（受診票「I 自覚症状について」欄、項目 16～23）について、情報機器作業や使用直後に特に症状が強くなる場合に、業務との関連があると判断すること。項目 24～28 については、判定の参考とすること。また、情報機器作業に関する保健指導、作業指導等を行うこと。ストレス等の症状が認められた場合については、必要に応じて、受診勧奨を行うこと。
  - ・ 項目 19～23 に該当する場合は、以下の上肢の運動機能、圧痛点等の検査を実施すること。  
上肢の運動機能、圧痛点等の検査
    - ア 指、手、腕等の運動機能の異常、運動痛等の有無
    - イ 筋、腱、関節（肩、肘、手首、指等）、頸部、腕部、背部等の圧痛、腫脹の有無問診において、当該症状に異常が認められない場合には、省略することができる。検査の結果、上肢障害やその他の整形外科的疾患、神経・筋疾患などが疑われる場合は、専門医への受診等について指導すること。
- (6) 診察及び受診票の記載内容に応じて受診指導、喫煙者に禁煙指導等を行うこと。

## 9 心電図検査

- (1) 雇入れ時健康診断、第1種定期健康診断（復職者等）対象者のうち8（2）の医師が省略しないと判断した者及び第2種定期健康診断（復職者等）対象者について心電図検査を実施すること。第1種定期健康診断（復職者等）対象者に対し、心電図検査診察時所見を受診票に記入すること。
- (2) 安静時標準心電図を記録すること。
- (3) 検査台として簡易ベッドを用意し、他受診者から見えないように衝立等を設置するなど、プライバシーに細心の注意を払い、実施すること。

- (4) 測定は、原則上半身脱衣の状態で、必要に応じて靴下は脱いで行うこと。
- (5) 腕時計、ブレスレット、ネックレス等は外させること。
- (6) 検査場所は、男女の区別を明確に表示するなど、プライバシーに細心の注意を払い、実施すること。
- (7) 更衣スペースを十分に確保すること。

## 10 胸部X線検査

- (1) 撮影は、原則として、上半身脱衣（男性のみ）又は、白等の無地のシャツを1枚着用した状態で行うこと。  
また、更衣スペースには、予備として白等の無地のシャツ等を用意すること。
- (2) 障がい等により立位での撮影が困難な受診者については、介助を行うこと。
- (3) 妊娠中（可能性あり）の受診者には実施しない。
- (4) 胸部X線撮影フィルム等の管理について、下記に注意すること。  
X線フィルム及びデジタル画像は、撮影年月日、番号、受診者が特定できるよう管理すること。
- (5) 読影は必ず2名以上の医師で行い、結果については2名それぞれの医師が別記録用紙に残すこと。
- (6) 心胸比測定についても必ず実施し、数値は整数表記とすること。（小数点以下切り捨て）
- (7) 以下については比較読影を行い（定期健康診断（復職者等）のみ）、結果については記録に残すこと。
  - ・ 異常所見が認められた場合（「B 1（E 1：要経過観察）」「C（E 3：要精密検査）」と判定する場合）には、必ず前年度の胸部X線フィルムを参考に（比較読影）最終的判断を行うこと。
  - ・ 「A（D 2：有所見健康）」と判定する場合には、必要に応じて前年度の胸部X線フィルムを参考に（比較読影）最終的判断を行うこと。
  - ・ 胸部X線検査経過観察対象者（前年度の胸部X線検査で「B 1（E 1：要経過観察）」又は「C（E 3：要精密検査）」と判定された者）については、必ず前年度の胸部X線フィルムを参考に（比較読影）最終的判断を行うこと。

### 《最終的判断に係る注意点》

- ・ 前年度の所見と比較し、著変がない場合又は軽快している場合は、「B 1（E 1：要経過観察）」又は「A（D 2：治癒型肺結核、胸膜肥厚）」と判定すること。
- ・ 前年度の所見と比較し、悪化している場合は、「C（E 3：要精密検査）」と判定すること。

## 11 その他

- (1) 各検査順序及び検査方法の詳細については、発注者と受注者で別途協議を行う。
- (2) 各検査機器については、健康診断がスムーズに行えるように必要台数を設置すること。
- (3) 各検査等については、精度管理に努め、発注者が指定する資料を提出すること。

## 特殊健康診断各検査順序及び検査方法

### 1 特殊健康診断（電離放射線及び有機溶剤業務従事者）

#### (1) 問診

- ・ 問診はプライバシーを保護できる場面で聴取すること。また必ず診察より前に実施すること。
- ・ 受診票に記載漏れや齟齬がないか確認を行うこと。
- ・ 現病歴（受診票「Ⅲ あなたの既往歴などについて」欄）  
電離放射線業務従事者「09 その他の病気」又は有機溶剤業務従事者「08 その他の病気」を記載している場合には、受診者に具体的な病名を確認の上、記入すること。
- ・ 生理区分（受診票「Ⅳ その他」欄）  
「1：生理中」に○がある受診者に対し、生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合は自己負担で再度尿検査を受診する必要があることを事前に説明しておくこと。（有機溶剤業務従事者のみ）

#### (2) 尿検査（有機溶剤業務従事者のみ）

##### ア 尿蛋白・尿中代謝物

- ・ 判定は試験紙所定の判定時間を守って行うこと。
- ・ 採尿容器は清浄なものを用いること。
- ・ 採尿の際は、最初の尿は捨て、中間尿を採取するよう受診者に指導又は受診者に分かるように張り紙等を行うこと。
- ・ 尿の回収については、受診番号と同一とするなどして、採取した尿が他者のものと混同しないように確実に取り扱うこと。
- ・ 尿の回収場所については、プライバシーが保護でき、かつ尿に不純物等が混入しないような清潔な場所に設定すること。

##### イ 尿沈渣

尿蛋白検査の結果（＋）以上の場合は、尿沈渣検査を同時実施すること。

#### (3) 視力検査（電離放射線業務従事者のみ）

※ 遠方視力を測定し判定すること。ただし、近視用眼鏡を持参し忘れた場合や、矯正視力が前回より 0.2 以上低下している場合は、近方視力を測定し判定すること。

##### ア 遠方視力

- ・ 5 M視力を左右片眼ずつ、裸眼と矯正を検査すること。ただし、コンタクトレンズを装着している場合は矯正のみの検査とすること。
- ・ 測定単位は、小数点以下第 1 位まで求めること。
- ・ 測定は 0.1 までとし、0.1 未満の場合は 0.1 未満とすること。

##### イ 近方視力

- ・ 50cm 視力を左右片眼ずつ、裸眼又は矯正により検査すること。ただし、コンタクトレンズを装着している場合は矯正のみの検査とすること。
- ・ 測定単位は、小数点以下第 1 位まで求めること。
- ・ 測定は 0.1 までとし、0.1 未満の場合は 0.1 未満とすること。

#### (4) 眼底検査（有機溶剤業務従事者のうち二硫化炭素使用者のみ）

受注者の方法による。

#### (5) 血液検査

- ・ 採血番号は、受診番号と同一とするなどして、他者のものと混同しないように確実に取り扱うこと。
- ・ 採血後、使い捨てで止血可能なものを使用し、止血を確認すること。

- ・ 止血のための脱脂綿（感染性廃棄物）を捨てるためのごみ箱を用意し、持ち帰ること。
- ・ アルコール禁忌の者については、他の消毒液を用意すること。
- ・ 採血しにくい場合は、他の採血器具を使用し行うこと。
- ・ 採血事故があった場合には、速やかに対応措置を講じ、発注者に連絡の上、その後の対応について協議すること。

## (6) 医師の診察及び指導

### ア 電離放射線業務従事者

- ・ 診察は、できる限り他の検査を実施した後に行うこと。
- ・ 待っている者や隣のブース等に診察の声が漏れないように十分配慮すること。
- ・ 問診、視診、聴打診と必要に応じて触診を行うこと。
- ・ 診察所見がある場合は、以下の内容を確認し、業務（電離放射線）との関連性の有無を判断し、関連性があると判断した場合は、受診票に記載すること。
  - A 症状が作業中又は作業に関連して起こっているのか。
  - B 症状が一過性であるのか、持続性であるのか。
  - C 症状が一定であるのか、進行性であるのか。
- ・ 水晶体の混濁の有無については、視診で分かる範囲で確認すること。

### イ 有機溶剤業務従事者

- ・ 診察は、できる限り他の検査を実施した後に行うこと。
- ・ 待っている者や隣のブース等に診察の声が漏れないように十分配慮すること。
- ・ 問診、視診、聴打診と必要に応じて触診を行うこと。
- ・ 自覚症状や診察所見がある場合は、以下の内容を確認し、業務（有機溶剤）との関連性の有無を判断し、関連性があると判断した場合は、受診票に記載すること。
  - A 症状が作業中又は作業に関連して起こっているのか。
  - B 症状が一過性であるのか、持続性であるのか。
  - C 症状が一定であるのか、進行性であるのか。

(例)

- ・ 頭痛・頭重：後頭神経痛、筋緊張性頭痛、筋収縮性頭痛、血管性頭痛などとの鑑別
- ・ めまい：作業との関連の有無について
- ・ 心悸亢進、不眠、不安感、焦燥感、集中力の低下：甲状腺疾患との鑑別 など
- ・ 診察及び受診票の記載内容に応じて受診指導等を行うこと。

## 2 血液再検査（電離放射線業務従事者健康診断）

1－（5）に同じ。

※ 後日、受注者の指定する施設（大阪市内に限る。）で実施する。

## 3 眼科精密検査（電離放射線業務従事者健康診断）

受注者の方法による。

※ 後日、受注者の指定する施設（大阪市内に限る。）で実施する。

## 4 尿中代謝物再検査（有機溶剤業務従事者健康診断）

1－（2）アに同じ。

※ 後日、受注者の指定する施設（大阪市内に限る。）で実施する。

## 5 その他

- ・ 各検査順序及び検査方法の詳細については、発注者と受注者で別途協議を行う。
- ・ 各検査機器については、健康診断がスムーズに行えるように必要台数を設置すること。
- ・ 各検査等については、精度管理に努め、発注者が指定する資料を提出すること。

検査 区分	判断に資する検査値(目安)		単位	医療 区分	医療 区分 コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメント コード
計 測	BMI  体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup>	18.5以上 25.0未満	—	A	110		
		16.1以上 18.5未満	—	B1	120	BMIがやや低値です	101
		16.1未満	—	B1	120	BMIが低値です	102
		25.0以上 30.0未満	—	B2	130	BMIが高値です	103
		30.0以上	—		130	BMIが著しく高値です	104
	腹 囲	男85未満 女90未満	cm	—	—		
		男85以上	cm	—	—	腹囲が85cmを超えています	105
		女90以上	cm	—	—	腹囲が90cmを超えています	106
血 中 脂 質	中 性 脂 肪	食事なし (食後10時 間以上)	150未満	mg/dL	A	110	
			150以上 300未満	mg/dL	B2	130	中性脂肪が高値です
			300以上 500未満	mg/dL	C	140	中性脂肪が著しく高値です
			500以上	mg/dL	D	160	中性脂肪が著しく高値です
		食事あり (食後10時 間未満)	175未満	mg/dL	A	110	
			175以上 500未満	mg/dL	B2	130	中性脂肪が高値です
			500以上	mg/dL	D	160	中性脂肪が著しく高値です
	HDLコレステロール		40以上	mg/dL	A	110	
			35以上40未満	mg/dL	B2	130	HDLコレステロールが低値です
			35未満	mg/dL	C	140	HDLコレステロールが著しく低値です
	LDLコレステロール		140未満	mg/dL	A	110	
			140以上 160未満	mg/dL	B2	130	LDLコレステロールが高値です
			160以上	mg/dL	C	140	LDLコレステロールが著しく高値です
肝 機 能	AST (GOT)		41未満	U/L	A	110	
			41以上 61未満	U/L	B2	130	AST(GOT)が高値です
			61以上 100未満	U/L	C	140	AST(GOT)が高値です
			100以上	U/L	D	160	AST(GOT)が著しく高値です
	ALT (GPT)		46未満	U/L	A	110	
			46以上 61未満	U/L	B2	130	ALT(GPT)が高値です
			61以上 100未満	U/L	C	140	ALT(GPT)が高値です
			100以上	U/L	D	160	ALT(GPT)が著しく高値です
	γ-GT (γ-GTP)		男:81未満 女:66未満	U/L	A	110	
			男:81以上 156未満 女:66以上 156未満	U/L	B2	130	γ-GT(γ-GTP)が高値です
			156以上 500未満	U/L	C	140	γ-GT(γ-GTP)が高値です。後日、所属担当者より産業 医面接のご案内があります。
			500以上	U/L	D	160	γ-GT(γ-GTP)が著しく高値です。後日、所属担当者より 産業医面接のご案内があります。
貧 血	赤血球数		男:420以上 女:380以上	×1万/mm <sup>3</sup>	A	110	
			男:380以上 420未満 女:340以上 380未満	×1万/mm <sup>3</sup>	B1	120	わずかに貧血を認めます。前回と比較して悪化している場 合は念のため医療機関を受診してください。
			男:300以上 380未満 女:300以上 340未満	×1万/mm <sup>3</sup>	C	140	貧血を認めます
			300未満	×1万/mm <sup>3</sup>	D	160	高度の貧血を認めます
	ヘモグロビン		男:13.0以上 女:11.5以上	g/dL	A	110	
			男:12.0以上 13.0未満 女:10.5以上 11.5未満	g/dL	B1	120	わずかに貧血を認めます。前回と比較して悪化している場 合は念のため医療機関を受診してください。
			男:10.0以上 12.0未満 女:9.0以上 10.5未満	g/dL	C	140	貧血を認めます
			男:10.0未満 女:9.0未満	g/dL	D	160	高度の貧血を認めます
	ヘマトクリット		男:40.0以上 54.0未満 女:35.0以上 47.0未満	%	A	110	
			男:40.0未満 女:35.0未満	%	B1	120	わずかに貧血を認めます。前回と比較して悪化している場 合は念のため医療機関を受診してください。
			男:54.0以上 女:47.0以上	%	B1	120	ヘマトクリットが高値です。(結果のお知らせにのみ反映)
血 液	白血球数		30以上 90未満	×100/mm <sup>3</sup>	A	110	
			25以上 30未満	×100/mm <sup>3</sup>	B1	120	白血球数がやや低値です
			90以上 100未満	×100/mm <sup>3</sup>	B1	120	白血球数がやや高値です
			10以上 25未満	×100/mm <sup>3</sup>	C	140	白血球数が低値です
			100以上 200未満	×100/mm <sup>3</sup>	C	140	白血球数が高値です
			10未満	×100/mm <sup>3</sup>	D	160	白血球数が低値です
			200以上	×100/mm <sup>3</sup>	D	160	白血球数が高値です
腎 機 能	尿蛋白 (生理の有無に関わら ず)		(-)、(±)	—	A	110	
			(+)以上	—	C	140	尿に蛋白を認めます
	クレアチニン		男:1.2未満 女:0.9未満	mg/dL	A	110	
			男:1.2以上 1.4未満 女:0.9以上 1.1未満	mg/dL	B1	120	クレアチニンがやや高値です
			男:1.4以上 2.0未満 女:1.1以上 2.0未満	mg/dL	C	140	クレアチニンが高値です
			2.0以上	mg/dL	D	160	クレアチニンが著しく高値です

検査区分	判断に資する検査値(目安)			単位	医療区分	医療区分コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメントコード
痛風	尿酸		7.0未満	mg/dL	A	110		
			7.0以上 9.0未満	mg/dL	B2	130	尿酸値が高値です	120
			9.0以上	mg/dL	C	140	尿酸値が著しく高値です	121
糖代謝	尿糖 (食事の有無に関わらず)		(－)、(±)	－	A	110		
			(＋)以上	－	C	140	尿に糖を認めます	135
	血糖	食事なし (食後10時間以上)	60未満	mg/dL	D	160	血糖値が著しく低値です	99
			60以上 100未満	mg/dL	A	110		
			100以上 126未満	mg/dL	B2	130	血糖値がわずかに高値です	136
			126以上 150未満	mg/dL	C	140	血糖値が高値です	137
			150以上	mg/dL	D	160	血糖値が著しく高値です	138
		食事あり (食後10時間未満)	60未満	mg/dL	D	160	血糖値が著しく低値です	99
	60以上 140未満		mg/dL	A	110			
	140以上 200未満		mg/dL	B2	130	血糖値が高値です	137	
	200以上 300未満		mg/dL	C	140	血糖値が著しく高値です	138	
	300以上		mg/dL	D	160	血糖値が著しく高値です	138	
	HbA1c (NGSP値)		6.0未満	%	A	110	HbA1c値に所見は認められません。ただし、5.6以上は、将来糖尿病の発症リスクが高いため、糖尿病予防に努めてください。	166
			6.0以上 6.5未満	%	B2	130	糖尿病(予備軍を含む)の疑いがあります	139
			6.5以上 7.0未満	%	C	140	糖尿病の疑いがあります	140
			7.0以上	%	D	160	糖尿病の疑いがあります	140
循環器	血圧		最高:130未満 かつ、最低:85未満	mmHg	A	110		
			最高:130以上 140未満 又は、最低:85以上 90未満	mmHg	B2	130	血圧が高値です	141
			最高:140以上 160未満 又は、最低:90以上 100未満	mmHg	C	140	血圧が高値です	141
			最高:160以上 又は、最低:100以上	mmHg	D	160	血圧が著しく高値です	142
	心電図		正常範囲	－	A	110	心電図検査の結果は、正常範囲です。今後とも健康の保持増進に努めてください。(心電図所見:〇〇)	162
			要経過観察		B1	120	心電図検査の結果、わずかに所見を認めます。次年度の定期健康診断等で経過観察を行ってください。(心電図所見:〇〇)	163
			要精密検査	－	C	140	心電図検査の結果、所見を認めます。医療機関で更に詳しい検査を受けてください。(心電図所見:〇〇)	164
			要受診	－	D	160	心電図検査の結果、病気の疑いがあります。医療機関を受診してください。(心電図所見:〇〇)	165
心胸比		55未満	%	A	110			
		55以上	%	B1	120	胸部X線検査で心拡大を認めます	144	
聴力検査	1000Hzは30db、 4000Hzは40db の選別聴力検査にて		聞き取りに問題なし	－	A	110	所見なし	
			聞き取れない	－	B1	120	聴力の低下を認めます。業務上の支障がある場合は、医療機関を受診してください。	172
視力検査	遠方視力	右	裸眼	－	－	－	－	
			矯正	－	－	－	－	
		左	裸眼	－	－	－	－	
			矯正	－	－	－	－	
	近方視力	右	裸眼	－	－	－	－	
			矯正	－	－	－	－	
		左	裸眼	－	－	－	－	
眼位検査			－	－	－	－		
調節機能検査			cm	－	－	－		
胸部X線	所見なし(D3)			－	A	110	胸部X線検査の結果、特に所見は認められません。ただし今後、咳が2週間以上続く、痰や胸痛・微熱など気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。	159
	有所見健康(D2: 治癒型肺結核、胸膜肥厚)			－	A	110	胸部X線検査の結果、問題のある所見は認められません。ただし今後、咳が2週間以上続く、痰や胸痛・微熱など気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。	160
	1年後の定期健康診断で経過観察 (E1)			－	B1	120	胸部X線検査の結果、経過観察の必要があります。経過観察については、次年度の定期健康診断で行います。ただし、咳や痰、胸痛など気になる症状があれば、すみやかに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。(胸部X線所見:〇〇)	155
	医療機関にて精密検査等を要す(E3)			－	C	140	胸部X線検査の結果、精密検査の必要があります。医療機関の受診にあたって必要な書類を別途送付します。(胸部X線所見:〇〇)	157



雇入れ時健康診断等判定基準表

(Y-8)

検査区分	判断に資する検査値(目安)		単位	医療区分	医療区分コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメントコード	
自覚症状	自覚症状欄で問診8番が「ない」と回答したもの		—	A	110			
	自覚症状欄で問診8番が「ある」と回答したもの		—	C	140	急激な体重減少について医療機関に受診し、相談してください。	153	
	自覚症状欄で問診15番が「ない」と回答したもの		—	A	110			
	自覚症状欄で問診15番が「ある」と回答したもの		—	C	140	脇の下、乳房のしこりについて医療機関に受診し、相談してください。	169	
	問診26、27、28番全てに「ある」と回答したもの		—	—	—	睡眠の状況に所見がみられます。後日、所属担当者より、産業医面接のご案内があります。	170	
診察所見	医師による診察で所見のないもの 医師による診察所見が以下に該当するが早急に受診する必要のないもの(経過観察) ・貧血 ・黄疸 ・甲状腺腫大 ・リンパ節腫脹 ・心雑音 ・心音不整 ・呼吸音異常 ・その他		—	B1	120	診察所見で〇〇(例:心雑音)(経過観察)が認められます。(B1)	145～152	
	医師による診察所見が以下に該当し精密検査等が必要なもの ・貧血 ・黄疸 ・甲状腺腫大 ・リンパ節腫脹 ・心雑音 ・心音不整 ・呼吸音異常 ・その他		—	C	140	診察所見で〇〇(例:心雑音)が認められますので、医療機関を受診し、相談してください。(C)		
総合所見	総合判定	所見なし	—	A	110	今回の検査では、特に所見は認められません。ただし今後自覚症状等気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。	—	
		経過観察	次年度の健康診断で経過観察	—	B1	120	わずかに所見を認めます。次年度の定期健康診断等で経過観察を行ってください。ただし今後自覚症状等気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。	—
			生活習慣の改善のうえ経過観察	—	B2	130	わずかに所見を認めます。生活習慣の改善に努めてください。ただし今後自覚症状等気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。	—
		要精密検査	—	C	140	検査結果に所見を認めます。今後の健康管理について、医療機関で相談してください。医療機関受診後、同封の「健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書」をすみやかに、所属担当者へご提出ください。	—	
		要受診	—	D	160	病気の疑いがあります。医療機関を受診してください。医療機関受診後、同封の「健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書」をすみやかに、所属担当者へご提出ください。	—	
	現病歴欄(疾病中もしくは経過観察中)に病名の記載のあるもの		—	—	—	なお、現在治療中の方は、この健康診断結果について主治医とよくご相談ください。	154	
	問診29番アルコールで「7: やめた」「8: 飲まない(飲めない)」以外に回答したもの		—	—	—	アルコールは少量でも身体に悪影響を及ぼします。リスクの低い飲酒量は、1日当たり「純アルコール20g(ビール500ml、チューハイ(7%)350ml、ワイン200ml)」までです(女性・高齢の方は半量が目安)。断酒・節酒に努めましょう。	167	
	問診30番タバコで「1: 現在吸っている」と回答したもの		—	—	—	喫煙は身体に悪影響を及ぼします。禁煙しましょう。	161	
	【留意点】							
1 各検査項目ごとに該当する指導事項については、検査区分ごとに結果通知書にすべて印字する。								
2 検査区分別判定については、検査区分ごとの検査項目のうち一番重い医療区分とする。 判定の優先順位: —<A<B1<B2<C<D ※総合判定区分には、情報機器作業判定・視力検査は含みません。								
3 総合判定は、検査区分別判定の一番重い医療区分とする。 判定の優先順位: —<A<B1<B2<C<D								
4 貧血判定の指導事項は、赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリットの検査項目のうち一番重い医療区分のコメントのみを印字する。								

※上記内容は令和6年11月現在の情報に基づいて作成しているものであり、厚生労働省の健診等に関する通知により変更する場合があります。

検査区分	判断に資する検査値(目安)	単位	医療区分	医療区分コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメントコード
情報機器作業健診(筋骨格)	該当なし	—	N	00	業務において、情報機器を使用していないので判定には該当しません。	—
	異常なし	—	A	101	情報機器作業健診の結果、異常ありません。	—
	経過観察	—	B1	102	情報機器作業健診の結果、明らかな異常はありませんが、情報機器作業時における作業環境及び作業方法を見直してください。なお、症状が悪化するようであれば受診が必要です。	—
	要受診	—	D1	104	情報機器作業健診の結果、神経筋疾患や整形外科的疾患が疑われますので専門医への受診が必要です。(検査所見・自覚症状:〇〇)	—
	治療継続	—	D2	105	情報機器作業健診の結果、現在の治療を継続してください。	—

検査区分	判断に資する検査値(目安)	単位	医療区分	医療区分コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメントコード
情報機器作業健診(眼)	該当なし	—	N	00	業務において、情報機器を使用していないので判定には該当しません。	—
	異常なし	—	A	101	情報機器作業健診の結果、異常ありません。	—
	経過観察	—	B1	102	情報機器作業健診の結果、明らかな異常はありませんが、情報機器作業時における作業環境及び作業方法を見直してください。なお、症状が悪化するようであれば受診が必要です。	—
	経過観察	—	B2	103	情報機器作業健診の結果、視力の矯正が必要です。	—
	要受診	—	D1	104	情報機器作業健診の結果、専門医への受診が必要です。(検査所見・自覚症状:〇〇)	—
	治療継続	—	D2	105	情報機器作業健診の結果、現在の治療を継続してください。	—

検査区分	判断に資する検査値(目安)	単位	医療区分	医療区分コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	コメントコード
情報(機器作業環境)健診	項目Ⅶ35で「1:はい」(情報機器を使用している)と回答したもの	—	—	—	情報機器作業において、1回の連続した使用時間を1時間を超えないようにし、次の連続作業までの間に10～15分間は情報機器作業を休止しましょう。また、一連続作業時間内において1～2回程度の情報機器作業の小休止を設けるように留意してください。なお、ディスプレイの注視やキー操作は目や肩、頸、腰背部に負担をかけます。就業の前後や、休憩中に、リラックスして遠くを眺めたり、ストレッチ等の軽い運動を心がけてください。	



検査区分	判断に資する検査値(目安)				単位	判定区分	判定区分コード	内容	指導事項(結果のお知らせのコメント)			
血液	白血球数	25未満			×100/mm <sup>3</sup>	A03	08	要医療	白血球数が低値です			
		25以上 30未満			×100/mm <sup>3</sup>	A04	34	経過観察	白血球数がやや低値です ※判定区分がA02に変更となった場合も当コメントを表示する			
		30以上 90未満			×100/mm <sup>3</sup>	A01	01	所見なし				
		90以上 100未満			×100/mm <sup>3</sup>	A04	34	経過観察	白血球数がやや高値です ※判定区分がA02に変更となった場合も当コメントを表示する			
		100以上			×100/mm <sup>3</sup>	A03	08	要医療	白血球数が高値です			
	白血球百分率	桿状核球	15未満			%	A01	01	所見なし			
			15以上			%	A03	08	要医療	桿状核球の割合が高値です		
		分葉核球	18未満			%	A03	08	要医療	分葉核球の割合が低値です		
			18以上 80未満			%	A01	01	所見なし			
			80以上			%	A03	08	要医療	分葉核球の割合が高値です		
		リンパ球	7未満			%	A03	08	要医療	リンパ球の割合が低値です		
			7以上 60未満			%	A01	01	所見なし			
			60以上			%	A03	08	要医療	リンパ球の割合が高値です		
		単球	15未満			%	A01	01	所見なし			
			15以上			%	A03	08	要医療	単球の割合が高値です		
		好酸球	20未満			%	A01	01	所見なし			
			20以上			%	A03	08	要医療	好酸球の割合が高値です		
		好塩基球	7未満			%	A01	01	所見なし			
			7以上			%	A03	08	要医療	好塩基球の割合が高値です		
	液	異型リンパ球	0(認めない)			%	A01	01	所見なし			
			1以上(認める)			%	B02	03	要精密検査・要再検査	異型リンパ球を認めます。再検査の結果は、別途担当者より配付します。		
		赤血球数	300未満			×1万/mm <sup>3</sup>	A03	08	要医療	高度の貧血を認めます		
			男:300以上 380未満 女:300以上 340未満			×1万/mm <sup>3</sup>	A03	08	要医療	貧血を認めます		
			男:380以上 420未満 女:340以上 380未満			×1万/mm <sup>3</sup>	A04	34	経過観察	わずかに貧血を認めます。前回と比較して悪化している場合は念のため医療機関を受診してください。 ※判定区分がA02に変更となった場合も当コメントを表示する		
			男:420以上 女:380以上			×1万/mm <sup>3</sup>	A01	01	所見なし			
		ヘモグロビン	男:10.0未満 女:9.0未満			g/dL	A03	08	要医療	高度の貧血を認めます		
			男:10.0以上 12.0未満 女:9.0以上 10.5未満			g/dL	A03	08	要医療	貧血を認めます		
			男:12.0以上 13.0未満 女:10.5以上 11.5未満			g/dL	A04	34	経過観察	わずかに貧血を認めます。前回と比較して悪化している場合は念のため医療機関を受診してください。 ※判定区分がA02に変更となった場合も当コメントを表示する		
			男:13.0以上 女:11.5以上			g/dL	A01	01	所見なし			
視力		視力	遠方又は近方視力で、両眼の視力(裸眼又は矯正)が0.7以上			-	A01	01	所見なし			
			遠方かつ近方視力で、右又は左の視力(裸眼かつ矯正)が0.6以下でかつ前回の視力測定より0.2以上低下			-	B02	03	要精密検査・要再検査	視力が低下しています。精密検査の結果は、別途担当者より配付します。		
			遠方かつ近方視力で、今回はじめて右又は左の視力(裸眼かつ矯正)が0.1以下			-	B02	03	要精密検査・要再検査	視力が低下しています。精密検査の結果は、別途担当者より配付します。		
			上記以外			-	A04	34	経過観察	業務に支障をきたす場合は念のため医療機関を受診してください。 ※判定区分がA02に変更となった場合も当コメントを表示する		
診察所見		他覚所見	なし			-	A01	01	所見なし			
	あり		業務外と思われる	所見あり(軽微なもの)	-	A04	34	当該因子以外による経過観察	診察所見で〇〇が認められます。症状が悪化する場合は、医療機関を受診してください。(A04)または(A02) ※判定区分がA02に変更となった場合も、当コメントを表示する			
				所見あり(中等度以上のもの)	-	A03	08	当該因子以外による要医療	診察所見で〇〇が認められます。早めに医療機関を受診してください。(A03)			
	業務によると思われる		所見あり(発赤など軽微な皮膚所見、水晶体の混濁など)	-	B01	02	当該因子による経過観察	診察所見で、当該因子によると思われる〇〇が認められます。症状が悪化する場合は、医療機関を受診してください。(B01)				
			所見あり(中等度以上のもの)	-	B03	04	要医療	診察所見で、当該因子によると思われる〇〇が認められます。早めに医療機関を受診してください。(B03)				
線量		実行線量			半年間の実効線量計が5mSv以上		mSv	B02	03	要精密検査・要再検査	(A01以外) 半年間の被曝量が高値です。精密検査が必要な場合は、後日、通知します。	
					半年間の実効線量計が10mSv以上、または初めて前回実効線量計との計が20mSv以上		mSv	C01	05			医師の意見聴取
					上記以外		mSv	A01	01			所見なし
		等価線量(水晶体)			半年間の等価線量(水晶体)計が5mSv以上		mSv	B02	03	要精密検査・要再検査		
					上記以外		mSv	A01	01	所見なし		
		等価線量(皮膚)			半年間の等価線量(皮膚)計が5mSv以上		mSv	B02	03	要精密検査・要再検査		
					上記以外		mSv	A01	01	所見なし		
		総合所見	総合判定	業務起因性なし	所見なし	-	A01	01	所見なし	今回の健康診断では所見は認められません。ただし今後自覚症状等気になる症状があれば、早めに医療機関を受診するなど健康の自己管理に努めてください。		
A11	11											
当該因子以外の原因による所見あり経過観察	-				A04	34	当該因子以外による経過観察	今回の健康診断では当該因子によると思われる所見は認められません。ただしそれ以外の所見が認められますので、後日、所属担当者から健康管理上必要な対応について通知する場合があります。				
					A44	36						
当該因子以外の原因による所見あり生活習慣改善のうえ経過観察	-				A02	33	当該因子以外による生活習慣改善	今回の健康診断では当該因子によると思われる所見は特に認められません。ただしそれ以外の所見が認められますので、生活習慣を改善するなどして健康の自己管理に努めてください。また、健康管理上、対応が必要な場合は、後日、所属担当者から通知します。				
					A22	35						
当該因子以外の原因による要医療	-				A03	08	当該因子以外による要医療	今回の健康診断では当該因子によると思われる所見は認められません。ただしそれ以外の所見が認められますので、早めに医療機関を受診して主治医の意見を確認してください。また、健康管理上、対応が必要な場合は、後日、所属担当者から通知します。				
					A33	37						
業務起因性あり	当該因子による所見あり経過観察			-	B01	02	当該因子による経過観察	当該因子によると思われる所見が認められます。後日、所属担当者から健康管理上必要な対応について通知する場合があります。				
					B11	12						
	当該因子による所見あり要精密検査・要再検査			-	B02	03	要精密検査・要再検査	総括産業医による判定が必要です。				
					B03	04						
	当該因子による所見あり要医療			-	B33	38	要医療	当該因子によると思われる所見が認められます。早めに医療機関を受診して主治医の意見を確認してください。また、健康管理上、対応が必要な場合は、後日、所属担当者から通知します。				
医師の意見聴取 大阪市の医師による判断 (当該因子による疾患に罹患している)				-	C01	05	医師の意見聴取	健康診断の結果、有害業務に起因する所見が認められます。後日、所属担当者から健康管理上必要な対応について通知します。				
					C11	13						
問診Ⅰの3の「保護具の使用」が「1なし」と回答したもの			-	-	-	-	-	また、保護具の必要性について検討してください。後日、所属担当者より確認があります。				

留意点

- 各検査区分ごとに該当する指導事項については、検査区分ごとに結果通知書にすべて印字する。
- 検査区分別判定については、検査区分ごとの検査内容のうち一番重い判定区分とする。判定の優先順位:判定不能<A01<A04<A03<B01<B02<B03<C01
- 診察所見の指導事項について、その他の所見の場合は、「診察所見で、その他〇〇が認められます」と記載する。
- 総合判定は、検査区分別判定の一番重い判定区分とする。判定の優先順位:判定不能<A01<A04<A02<A03<B01<B02<B03<C01
- 貧血判定の指導事項は、赤血球・ヘモグロビンの検査項目のうち一番重い医療区分のコメントのみを印字する。



# 有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表

## 尿中代謝物判定基準表

(Y-10)

検査 区分	判断に資する検査値(目安)			単位	分布 判定 区分	分布 判定コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)
	検査内容	使用有機溶剤	基準				
尿中代謝物	尿中馬尿酸	トルエン	1.0以下	g/L	1	1	
			1.1～2.5	g/L	2	2	
			2.6以上	g/L	3	3	
	尿中N-メチルホルムアミド	N,N-ジメチルホルムアミド	10.0以下	mg/L	1	1	
			10.1～40.0	mg/L	2	2	
			40.1以上	mg/L	3	3	
	尿中メチル馬尿酸	キシレン	0.5以下	g/L	1	1	
			0.6～1.5	g/L	2	2	
			1.6以上	g/L	3	3	
	尿中2,5-ヘキサジオン	ノルマルヘキサン	2.0以下	mg/L	1	1	
			2.1～5.0	mg/L	2	2	
			5.1以上	mg/L	3	3	
	尿中総三塩化物	1,1,1-トリクロロエタン	10.0以下	mg/L	1	1	
			10.1～40.0	mg/L	2	2	
			40.1以上	mg/L	3	3	
分布総合判定	尿中代謝物	影響なし		-	1	1	当該有機溶剤取込量が少なく、健康への影響は認められません。
		要職場環境改善		-	2	2	健康への影響はみられないが、当該有機溶剤をある程度取込んでいると認められるため、作業環境を調査し改善を図ることが望ましい。
		要再検査		-	3	3	当該有機溶剤取込量が多く、健康への影響の危険性が高いと認められるため、作業環境を調査し改善を図るとともに、再検査を行う必要があります。詳細については別途連絡します。

### 留意点

- 各検査項目ごとに該当する指導事項については、検査区分ごとに結果通知書にすべて印字する。
- 分布総合判定は、検査区分別判定の一番重い判定区分とする。判定の優先順位: 1<2<3

# 有機溶剤業務従事者健康診断判定基準表 尿中代謝物判定基準表(再検査)

(Y-10)

検査 区分	判断に資する検査値(目安)			単位	分布 判定 区分	分布 判定コード	指導事項(結果のお知らせのコメント)	
	検査内容	使用有機溶剤	基準					
尿 中 代 謝 物	尿中馬尿酸	トルエン	1.0以下	g/L	1	1		
			1.1～2.5	g/L	2	2		
			2.6以上	g/L	3	3		
	尿中N-メチルホルムアミド	N,N-ジメチルホルムアミド	10.0以下	mg/L	1	1		
			10.1～40.0	mg/L	2	2		
			40.1以上	mg/L	3	3		
	尿中メチル馬尿酸	キシレン	0.5以下	g/L	1	1		
			0.6～1.5	g/L	2	2		
			1.6以上	g/L	3	3		
	尿中2,5-ヘキサジオン	ノルマルヘキサン	2.0以下	mg/L	1	1		
			2.1～5.0	mg/L	2	2		
			5.1以上	mg/L	3	3		
	尿中総三塩化物	1,1,1-トリクロロエタン	10.0以下	mg/L	1	1		
			10.1～40.0	mg/L	2	2		
			40.1以上	mg/L	3	3		
分布 総合 判定	尿中代 謝物	影響なし			-	1	1	当該有機溶剤取込量が少なく、健康への影響は認められません。
		要職場環境改善			-	2	2	健康への影響はみられないが、当該有機溶剤をある程度取込んでいると認められるため、作業環境を調査し改善を図ることが望ましい。
		医師の意見聴取			-	3	3	当該有機溶剤取込量が多く、健康への影響の危険性が高いと認められる。作業環境の改善を図るとともに医師の意見聴取を行う必要がある。

## 留意点

- 各検査項目ごとに該当する指導事項については、検査区分ごとに検査書にすべて印字する。
- 分布総合判定は、検査区分別判定の一番重い判定区分とする。判定の優先順位: 1<2<3



情報機器作業判定基準表【筋骨格】

判定	判定コメント	情報機器使用の有無	問診 受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄 項目19～23	筋骨格検査 a.指、手、腕等の運動機能の異常、 運動痛等の有無 b.筋、腱、関節、頸部、腕部、背部、 腰部等の圧痛、腫脹等の有無	現病歴 受診票「Ⅲ あなたの既往歴などにつ いて」【2】【3】 番号21～23・31該当の有無
N	業務において、情報機器を使用していないため判定には該当しません。	いいえ			
A	情報機器作業健診の結果、異常ありません。	はい	症状なし		
B1	情報機器作業健診の結果、明らかな異常はありませんが、情報機器作業時における作業環境及び作業方法を見直してください。なお、症状が悪化するようであれば受診が必要です。		症状あり	所見なし	
B2 ※視力のみ	情報機器健診の結果、視力の矯正が必要です。			有所見経過観察	
D1 ※視力	情報機器健診の結果、専門医への受診が必要です。(コメント:〇〇)				
D1 ※筋骨格	情報機器作業健診の結果、神経筋疾患や整形外科的疾患が疑われますので専門医への受診が必要です。(検査所見・自覚症状:〇〇)			情報機器に起因する上肢障害、その他の整形外科的疾患、神経・筋疾患などが疑われるなど受診が望ましい所見がある	
D2	情報機器健診の結果、現在の治療を継続してください。				受診中 もしくは経過観察

※1 受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄 項目19～23に該当する場合は、上肢の運動機能、圧痛点等の検査を実施すること。

※2 ストレス等の症状が認められた場合(受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄 項目24～28参考)は、必要に応じて、受診勧奨を行う。(情報機器作業判定には含まない)

情報機器作業判定基準表【視力】

判定	判定コメント	情報機器使用の有無	問診 受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄 項目16～18	眼科学的検査		現病歴 受診票「Ⅲ あなたの既往歴などについて」 【2】【3】 番号24～28・31該当の有無	眼科学的検査	
				遠方・近方視力検査			眼位検査・調節機能検査	
N	業務において、情報機器を使用していないので判定には該当しません。	いいえ					所見を参考に判定を行う	
A	情報機器作業健診の結果、異常ありません。	はい	症状なし	裸眼または矯正が 左右とも0.5以上				
B1	情報機器作業健診の結果、明らかな異常はありませんが、情報機器作業時における作業環境及び作業方法を見直してください。なお、症状が悪化するようであれば受診が必要です。		有症状経過観察					
B2 ※視力のみ	情報機器作業健診の結果、視力の矯正が必要です。		症状なし	裸眼、矯正ともに 左右いずれかが0.5未満				
			有症状経過観察					
D1 ※視力	情報機器作業健診の結果、専門医への受診が必要です。 (検査所見・自覚症状:〇〇)		受診が望ましい程度の症状がある					
D1 ※筋骨格	情報機器健診の結果、神経筋疾患や整形外科的疾患が疑われますので専門医への受診が必要です。							
D2	情報機器作業健診の結果、現在の治療を継続してください。					受診中 もしくは経過観察		

※ ストレス等の症状が認められた場合(受診票「Ⅰ 自覚症状について」欄 項目24～28参考)は、必要に応じて、受診勧奨を行う。(情報機器作業判定には含まない)

## 緊急連絡対象者基準表

検査区分	項目	単位	検査結果値
肝機能	AST(GOT)	U/L	300以上
	ALT(GPT)	U/L	300以上
貧血	ヘモグロビン	g/dL	7.0未満
血液	白血球数	$\times 100/\text{mm}^3$	200以上、又は10未満
糖代謝機能	空腹時血糖 (食後10時間以上)	mg/dL	300以上
循環器	血圧	mmHg	最高血圧180以上、又は最低血圧120以上
	心電図	—	医療区分D(要受診)のうち、緊急を要するもの
診察	医師による診察所見等	—	医師の判断によって緊急を要するもの
胸部X線	胸部X線所見	—	精密検査が必要であると判断されたもの

・上記の基準のいずれかが超えた場合は、対象とする。

・対象外の検査区分についても結果値を記入すること。

・胸部X線検査欄は、C要精密検査(E3)のみ所見を記載する。

(A有所見健康(D2)、B1要経過観察(E1)の所見は記載しない。)

その際、「※咳や痰等の症状がある場合は、至急受診をしてください」と併せて記載する。

・心電図検査欄は、医師が緊急を要すると判断した場合のみ所見を記載する。

### 特定4項目有所見対象者基準表

検査区分	項目	単位	検査結果値
循環器	血圧	mmHg	最高血圧140以上、又は、最低血圧90以上
糖代謝機能	血糖	mg/d	食事なしなら110以上、食事ありなら140以上
計測	BMI	-	25.0以上
血中脂質	中性脂肪 HDL・LDL	mg/dL	中性脂肪150以上、又は、HDLコレステロール40未満、又は、LDLコレステロール140以上

上記の項目のすべてに該当する者。ただし、妊娠中の者は除く。

### 睡眠関連健康相談(S3)対象者基準表

<b>受診票</b> <b>I 自覚症状について</b>	26 夜中に何度も目が覚める 27 明け方早く目が覚めて眠れない 28 午前中は調子が悪い
---------------------------------	---

上記の項目のすべてに「ある」と回答した者

### 肝機能障害(アルコール)保健指導対象者基準表

検査区分	項目	単位	検査結果値
$\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)	肝機能	U/L	156以上

### 禁煙支援対象者基準表

<b>受診票</b> <b>II 生活習慣「たばこ」について</b>	禁煙希望「1 できれば禁煙したい」、「2 本数を減らしたい」の どちらかに該当したもの
---------------------------------------	--



## 緊急連絡対象者基準表(特殊健康診断用)

## 特殊健康診断

検査区分	項目	単位	検査結果値
肝機能	AST(GOT)	U/L	300以上
	ALT(GPT)	U/L	300以上
貧血	ヘモグロビン	g/dL	7.0未満
血液	白血球数	$\times 100/\text{mm}^3$	200以上、又は10未満
異型リンパ球		%	1以上(認める)

・上記の基準のいずれかが超えた場合は、対象とする。

・対象外の検査区分についても結果値を記入すること。

医療機関等での健康診断結果報告書

労働安全衛生関係法令において、事業者には労働者に対して定期健康診断等を実施することが、労働者には受診をすることが義務づけられています。

もしご自身の事情により本市が指定した定期健康診断等を受診されなかった場合は、医療機関や他の健診機関（胸部X線検査については、大阪市職員共済組合が実施するがん検診を含む）等で健康診断受診日から前後3ヶ月以内に実施した検査の結果を提出していただく必要があります。（※ 前後3ヶ月を超えている結果は受け付けませんので、予めご了承ください。）

その際には、医療機関等にこの報告書への結果の記入及び医師の証明をしてもらったうえで、ご自身で密封して所属の健康診断担当者に提出してください。（妊娠中及び妊娠の可能性のある方については、胸部X線検査は不要です。）

なお、医療機関での受診及び当報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。（がん検診の結果通知書（写）を提出する場合、本様式の提出は不要です。）

大阪市総務局人事部人事課厚生グループ

【ご自身でご記入ください。】

提出日：年 月 日

所属名		所属コード		職員番号	
氏 名				年 齢	歳

【以下は医療機関や健診機関で記入してもらってください。】

項 目		結 果							
身体計測	身長	※ cm							
	体重	※ kg							
	腹 囲	※ cm							
	BMI 指数								
視 力	遠方 (裸眼)	右	※	近方 (裸眼)	右				
		左	※	近方 (裸眼)	左				
	遠方 (矯正)	右	※	近方 (矯正)	右				
		左	※	近方 (矯正)	左				
	眼位								
	調節機能	右	c m						
左		c m							
聴 力	35歳・40歳以上または 雇入時	1000Hz	右	※	0：所見なし	1：所見あり			
			左	※	0：所見なし	1：所見あり			
		4000Hz	右	※	0：所見なし	1：所見あり			
			左	※	0：所見なし	1：所見あり			
	上記以外	会話法	右	※	0：所見なし	1：所見あり			
			左	※	0：所見なし	1：所見あり			
血中脂質	中性脂肪	※ mg/dL							
	HDLコレステロール	※ mg/dL							
	LDLコレステロール	※ mg/dL							
肝機能	AST (GOT)	※ U/L							
	ALT (GPT)	※ U/L							
	γ-GT (γ-GTP)	※ U/L							
尿酸	尿酸	mg/dL							
貧 血	赤血球	※ ×1万/mm <sup>3</sup>							
	ヘモグロビン	※ g/dL							
	ヘマトクリット	%							
血液	白血球	×100/mm <sup>3</sup>							
腎機能	尿蛋白	※	－	±	+	2+	3+	4+	5+
	クレアチニン	mg/dL							
糖代謝	尿糖	※	－	±	+	2+	3+	4+	5+
	空腹時血糖	※ mg/dL							
	HbA1c(NGSP値)	%							
食 事		※	0：食事なし		1：食事あり				

自・他覚症状※	検査結果以外で、診察による所見やその判定を記載ください。	
	診察所見	
	判 定	A：異常なし B1：要経過観察 C：要精密検査（要医療）

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

循環器系	血 圧	最高血圧	※ mmHg
		最低血圧	※ mmHg
	心電図※	判 定	A：所見なし または 正常範囲内
B1：要経過観察			
	検査所見	C：要精密検査	
		D：要受診	

【心電図検査の対象者について】  
以下の項目について、一つでも該当する場合は実施する。

・雇入れ時健康診断対象者  
・今年度4月1日現在35歳又は40歳以上の者  
・40歳未満で、前年度の心電図検査において、「要経過観察」、「要精密検査」及び「要受診」と判定された者  
・今回の診察等において、医師が省略しないと判断した者  
「医師が省略しないと判断した者」とは、次のア～エ等のことをいう。

ア 問診により動悸、胸痛、意識消失などの自覚症状等がある者  
イ 車両（自転車は除く）の運転や高所作業に従事する者  
ウ 健診当日に最高血圧が140mmHg以上若しくは最低血圧が90mmHg以上の者  
エ 診察による心雑音・心音不整等を認める者

胸部X線等※	撮影区分	1：間接 2：直接 3：その他
	判 定	A：所見なし（D3）
		A：有所見健康（D2:治癒型肺結核、胸膜肥厚）
	検査所見	B1：要経過観察（E1）
		C：要精密検査（E3）
心胸比		%

○本市では胸部X線検査について、健康診断対象者全員に実施しています。  
○B1又はC判定の場合、次年度の定期健康診断で経過観察を行います。

自・他覚症状※	検査結果以外で、診察による所見やその判定を記載ください。	
	診察所見	
	判 定	A：異常なし B1：要経過観察 C：要精密検査（要医療）

・「※」印の項目は法定項目です。必ず結果を報告してください。  
・この報告書は本市が健康管理を適切に実施するために提出いただくものです。回答いただいた内容については、大切な個人情報として適切に取り扱います。

医療機関等での健康診断結果報告書（特殊健康診断用）

労働安全衛生関係法令において、事業者には電離放射線業務及び有機溶剤業務に従事する労働者に対して特殊健康診断を実施することが、労働者には受診をすることが義務づけられています。

もしご自身の事情により本市が指定した**特殊健康診断を受診されなかった場合は、**医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果をすみやかに提出していただく必要があります。

その際には、医療機関等に受診票を持参のうえ、この報告書への結果の記入及び医師の証明をしてもらったうえで、ご自身で密封して所属の健康診断担当者に提出してください。

**なお、医療機関での受診及び当報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。**

大阪市総務局人事部人事課厚生グループ

【ご自身でご記入ください。】提出日：令和 年 月 日

所属名		所属コード		職員番号		健診種別 (該当する種別に○をつけてください)	電離放射線 ・ 有機溶剤
氏 名				年 齢	歳		

【以下は医療機関や健診機関で記入してもらってください。】

【有機溶剤健康診断】

項 目		結 果							
尿 検 査	蛋 白	-	±	+	2+	3+	4+	5+	
	尿沈渣 (尿蛋白(+)の場合のみ) 以上の	赤血球	数/HPF						
		白血球	数/HPF						
		扁平上皮・移行上皮等の上皮	数/HPF						
		硝子円柱以外の円柱							
血 液 検 査	赤血球数	×1万/mm <sup>3</sup>							
	ヘモグロビン	g/dL							
	A S T (G O T)	U/L							
	A L T (G P T)	U/L							
	γ-G T (γ-G T P)	U/L							
眼底検査 (二硫化炭素使用者のみ)									
食 事		0：食事なし    1：食事あり							
項目	検査内容	結果		使用有機薬剤					
※中必要項目の検査	尿中馬尿酸	g/L		トルエン					
	尿中N-メチルホルムアミド	mg/L		NN-ジメチルホルムアミド					
	尿中メチル馬尿酸	g/L		キシレン					
	尿中2,5-ヘキサンジオン	mg/L		ノルマルヘキサン					
	尿中総三塩化物	mg/L		1,1,1-トリクロロエタン					
※該当する所見に☑をお願いします。	所見		軽微なもの	中等度以上のもの	所見		軽微なもの	中等度以上のもの	
	結 膜	貧血	☐	☐	反 射 等	手指振戦	☐	☐	
		充血	☐	☐		膝蓋腱反射	☐	☐	
		乾燥	☐	☐		アキレス腱反射	☐	☐	
	皮 膚	落屑	☐	☐	そ の 他		☐	☐	
		皮膚炎	☐	☐					
		爪の異常	☐	☐					

【電離放射線健康診断】

項 目		結 果						
視 力	遠方 (裸眼)	右		近方 (裸眼)	右			
		左		左				
	遠方 (矯正)	右		近方 (矯正)	右			
		左		左				
血 液 検 査	白血球数	×100/mm <sup>3</sup>						
	桿状核球	%						
	分葉核球	%						
	リンパ球	%						
	単球	%						
	好酸球	%						
	好塩基球	%						
	異型リンパ球	%						
	赤血球数	×1万/mm <sup>3</sup>						
	ヘモグロビン	g/dL						
※該当する所見に☑をお願いします。	所見		軽微なもの	中等度以上のもの	所見		軽微なもの	中等度以上のもの
	結 膜	貧血	☐	☐	そ の 他			
		眼	水晶体の混濁	☐		☐		
	皮 膚	発赤	☐	☐				
		乾燥または縦じわ	☐	☐				
		潰瘍	☐	☐				
		爪の異常	☐	☐				

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

※この報告書は本市が健康管理を適切に実施するために提出いただくものです。回答いただいた内容については、大切な個人情報として適切に取り扱います。

# 健康診断等日次報告書

健康診断実施機関名称		健康診断等実施日	年	月	日
健康診断等実施会場					
受診者数	午前 ( )名	午後 ( )名	合計 ( )名		

## (内訳)

雇入れ時	人	特定業務従事者	人
第1種	人	心電図検査	消防( )人、消防以外( )人
第2種	人	※「〇」の場合も記入	消防以外のうち、 車両の運転・高所作業該当の者 ( )人
有機溶剤業務従事者	人	電離放射線業務従事者	人

## (有機溶剤業務従事者再検査内訳)

眼底検査	人		
尿中馬尿酸	人	尿沈渣	人
尿中N-メチルホルムアミド	人	尿中2,5-ヘキサンジオン	人
尿中メチル馬尿酸	人	尿中総三塩化物検査	人

## 一部検査未受診者（ただし、胸部X線検査の未受診者、妊娠中の腹囲の未受診者を除く）

※「医療機関等での健康診断結果報告書」未配付の場合はその旨も記載

記載内容) 所属No. ○○○○○ 職員No. ◎◎◎◎◎◎◎◎ 氏名 厚生 花子 ・ 未受診項目(例)聴力 ・ 理由(例)補聴器使用(報告書:未配付)

## 特記事項

記載例) 所属No. ○○○○○ 職員No. ◎◎◎◎◎◎◎◎ 氏名 厚生 花子 補聴器使用だが計測実施

## <健診機関担当>

職種	氏名	人数
医師		人
看護師		人
臨床検査技師		人
その他職員		人
合計		人

## 緊急連絡票

所 属		職員番号	
氏 名		健康診断受診日	
健康診断種別		食事区分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

健康診断の結果、病気の疑いがありますので、早急に医療機関へ受診してください。  
 受診の際は、別途、所属担当者より配布する書類をあわせて持参し、就業に関する意見を確認してください。  
 お知らせを受けてから1週間以内に、所属担当者へ受診報告をしてください。

検査項目		検査結果値	該当項目
血 中 脂 質	中性脂肪	mg/dL	
	HDLコレステロール	mg/dL	
	LDLコレステロール	mg/dL	
肝 機 能	AST(GOT)	U/L	
	ALT(GPT)	U/L	
	$\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)	U/L	
貧 血	赤血球数	$\times 1$ 万/mm <sup>3</sup>	
	ヘモグロビン	g/dL	
血 液	白血球数	$\times 100$ /mm <sup>3</sup>	
腎 機 能	クレアチニン	mg/dL	
	尿蛋白		
尿 酸		mg/dL	
糖 代 謝	尿糖		
	血糖	mg/dL	
	HbA1c (NGSP値)	%	
循 環 器 系	血 圧	最高	mmHg
		最低	mmHg
	心電図		
診察所見			
胸部X線			
異型リンパ球 (特殊健康診断のみ)			
		健康診断実施機関	

## 特記事項(所属担当者確認欄)

特定4項目 該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 対象外	S3該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	肝機能障害 (アルコール) 保健指導該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	禁煙支援 該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------	---	------	---	----------------------------	---	------------	---

緊急連絡票（血圧）兼 健康診断結果に係る医療機関での受診報告書

----

所属			職員番号					
氏名		年齢	歳	受診年月日	令和	年	月	日
本日の血圧測定結果	1回目		/	2回目		/		

-----

本日の健康診断の結果、**血圧の項目について至急医療機関の受診が必要**と判定されました。産業医等があなたの健康状態を正しく把握するために、当連絡票及び検査結果等をご自身の所属の担当者へご提出ください。

- 本連絡票の受診前に記入すべき欄を記入し、持参の上、至急受診してください。
- 受診結果を記入し、本日より1週間以内に、ご自身の所属の担当者へご提出ください。至急受診ができなかった場合は、その理由を記載し、提出してください。  
※期日までに、受診の確認が取れなかった場合は、必要に応じて産業医による面接や管理監督者へ連絡を行うこともありますので、あらかじめご了承ください。
- 報告いただいた内容は、大切な個人情報として適切に取り扱います。個人情報の取り扱い等についてご意見やご質問があれば、所属の担当者までご連絡ください。

1 業務内容及び勤務の状況 ※受診前に詳しく記入し、必ず医師に提示してください

頻度によらず、通常勤務時に起こりうるすべての作業態様や勤務状況を記入してください

記入年月日 令和 年 月 日

職種	<input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 技術職	<input type="checkbox"/> 技能職	<input type="checkbox"/> その他（ ）	補職													
具体的な業務内容																		
作業態様		<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業（重量物取扱等） <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱作業 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
勤務状況	勤務時間	時 分 ～ 時 分																
	外勤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																
	車両運転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり… <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 船舶 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
	変則勤務	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																
	深夜勤務（※1）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																
宿日直勤務（※2）		（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																
超過勤務（過去6か月）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ ※過去6か月以内に超過勤務がある方は以下ご記入ください。 （前月） （6か月前） <table><tr><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 総務事務システム（超過勤務実績一覧等）にてご確認ください。					月	月	月	月	月	月						
月	月	月	月	月	月													

（※1）深夜勤務とは、22時から5時までの割りつけられた作業を伴う業務のこと。  
（※2）宿日直業務とは待機、巡回、電話・文書の収受、緊急時の連絡等の業務のこと。

※受診後にご自身で記入してください。

2 受診結果及び医療機関（医師）からの就業に関する意見等

<input type="checkbox"/> 受診した	※受診した結果について、下記の項目を記入してください。	
受診日	年 月 日	
医療機関名		
受診歴	<input type="checkbox"/> 今回の健診で初めて受診 <input type="checkbox"/> 定期受診中（頻度： ） <input type="checkbox"/> 過去に受診したことがある（時期： 年 月 ～ 年 月）	
今回の健康診断結果 業務内容・勤務の状況	<input type="checkbox"/> 医師に見せた <input type="checkbox"/> 医師に見せていない 理由：（ ）	
医師の所見	病名等 [ ] <input type="checkbox"/> 継続受診が必要 次回予定：（ 年 月） <input type="checkbox"/> 生活習慣改善が必要 具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 異常なし	
実施した検査	<input type="checkbox"/> 血圧測定（ / mmHg） <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部エコー ※検査結果がある場合は 写しを添付 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他（ ）	
胸部X線検査結果 （E3）で受診した方	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 結核（治療開始） <input type="checkbox"/> 結核疑いで精密検査中  <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ）	
内服薬	<input type="checkbox"/> あり … 内服薬がわかるものの写し（お薬手帳、処方せんなど）を添付してください。 <input type="checkbox"/> なし	
就業に関する意見	<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限 <input type="checkbox"/> 要休業	
就業上の注意など		

<input type="checkbox"/> 受診していない
理由：[ ]
・血圧記録表（【裏面様式や、ご自身で記録したものの写し）をあわせてご提出ください。
・血圧計をお持ちでない方は、所属の担当者へご相談ください。

提出期限：本日の健診受診より1週間以内

血圧記録表

職員番号 (            ) 氏名 (            )

## ◆測定のポイント

- ・朝（起きてすぐ、トイレに行った後、朝食前）と夜（寝る前）の2回
- ・できるだけ同じ時間に
- ・測る前は1～2分安静にしてから

[illegible]

## ◆記録のポイント

- ・メロ欄に健康状態やその日の行動、自覚症状などを記録しましょう。
- ・気がついたことを記録することで、自分の体の状態を把握できます。
- ・測定することが健康への第一歩です。

[illegible]

※「緊急連絡」欄に○が入っている職員は、既に緊急連絡対象者として通知済です。



## 特殊健康診断受診者リスト

[illegible]

健康診断種別

- 1:電離放射線業務従事者健康診断  
2:有機溶剤業務従事者健康診断  
3:電離放射線・有機溶剤業務従事者健康診断

保護具の使用 ○:

(電離)問診Ⅰの3の「保護具の使用」が「1なし」と回答したもの

(有機)問診Ⅰの6の「保護具の使用」が「1使っていない」と回答したもの

換氣 ○:

(有機)問診Ⅰの4で「2:屋内作業」と回答したものうち、5の「換気の有無」が「1:なし」または「2全体換気のみ」と回答したもの

令和 年 月 日

職員番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

所 属 長 名

(担当: △△ TEL: XXXX-XXXX)

### 有機溶剤業務従事者健康診断について

業務において溶剤（二硫化炭素）を使用されていますので、有機溶剤業務従事者健康診断時に眼底検査を同時に実施します。必ず下記の実施日に受診してください。

#### 記

##### 1 実施日時

令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~

##### 2 検査機関

##### 3 その他

当日は、受付に「本状」と「大阪市職員特殊健康診断受診票（有機溶剤）」を提出してください。

業務等の都合により日時の変更を希望される場合には、必ず事前に担当者に連絡してください。

令和 年 月 日

職員番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

所 属 長 名

(担当: △△ TEL: XXXX-XXXX)

電離放射線業務従事者健康診断再検査（血液）の受診について

今回の電離放射線業務従事者健康診断における血液検査の結果、再検査が必要と判定されました。次のとおり再検査を実施しますので、必ず受診してください。

記

1 実施日時

令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~

2 検査機関

3 検査項目

- (1) 血液検査（白血球数・白血球百分率・異型リンパ球・赤血球数・ヘモグロビン）
- (2) 医師による診察

4 その他

- (1) 当日は、受付に「本状」と「電離放射線業務従事者健康診断再検査（血液）検査書」を提出してください。
- (2) 勤怠は市内出張とします。
- (3) 再検査にかかる費用は、公費で負担します。

## 電離放射線業務従事者健康診断再検査（血液）検査書

氏名	(男・女)			生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
所属		職		採 用 年月日		年	月	日
事業所		種		従 事 年月日		年	月	日
既往歴								
検査項目					検査結果			
白血球数 (× <u>100</u> /mm <sup>3</sup> )								
白血球 百分率	桿状核球 (%)							
	分葉核球 (%)							
	リンパ球 (%)							
	単球 (%)							
	好酸球 (%)							
	好塩基球 (%)							
異型リンパ球								
赤血球数 (×1 万/mm <sup>3</sup> )								
ヘモグロビン (g/dl)								
医師の診断 または意見				医師の氏名				
検 査 年月日				検査機関				

※  太枠については、所属で記入

令和 年 月 日

職員番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

所 属 長 名

(担当: △△ TEL: XXXX-XXXX)

電離放射線業務従事者健康診断精密検査（眼科）の受診について

今回の電離放射線業務従事者健康診断の結果、更に詳しい検査（眼科）が必要と判定されました。次のとおり精密検査を実施しますので、必ず受診してください。

記

1 実施日時

令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~

2 検査機関

3 検査項目

- (1) 矯正視力検査
- (2) 細隙灯顕微鏡検査（前眼部のみ）
- (3) 屈折検査（眼鏡等で視力矯正していない者のみ）
- (4) 医師による診察

4 その他

- (1) 当日は、受付に「本状」と「電離放射線業務従事者健康診断精密検査（眼科）検査書」を提出してください。
- (2) 勤怠は市内出張とします。
- (3) 精密検査にかかる費用は、公費で負担します。

電離放射線業務従事者健康診断精密検査（眼科） 検査書

氏名	(男・女)			生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
所属		職 種		採 用 年月日	年 月 日
事業所				従 事 年月日	年 月 日
既往歴					
区 分		右 眼		左 眼	
矯正視力検査					
屈 折 検 査					
細隙灯顕微鏡 検 査 (前眼部のみ)					
医師の診断 または意見				医師の氏名	
検 査 年月日			検査機関		

※  太枠については、所属で記入

令和 年 月 日

職員番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

所 属 長 名

(担当:△△ TEL:XXXX-XXXX)

有機溶剤業務従事者健康診断再検査（尿中代謝物）の受診について

今回の有機溶剤業務従事者健康診断における尿中代謝物検査の結果、再検査が必要と判定されました。次のとおり再検査を実施しますので、必ず受診してください。

記

1 実施日時

令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~

2 検査機関

3 検査項目

尿検査（尿中代謝物検査）

4 その他

- (1) 当日は、受付に「本状」と「有機溶剤業務従事者健康診断再検査（尿中代謝物）検査書」を提出してください。
- (2) 勤怠は市内出張とします。
- (3) 再検査にかかる費用は、公費で負担します。

## 有機溶剤業務従事者健康診断再検査（尿中代謝物）検査書

氏名	(男・女)			生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
所属		職		採 用 年月日		年	月	日
事業所		種		従 事 年月日		年	月	日
検査項目				検査結果		分布判定区分		
尿中代謝物 検査	尿中メチル馬尿酸							
	尿中 N-メチルホルムアミド							
	尿中総三塩化物 (1,1,1-トリクロルエタン)							
	尿中馬尿酸							
	尿中 2,5-ヘキサンジオン							
分布総合判定及び指導コメント								

検 査 年月日		検査機関	
------------	--	------	--

※  太枠については、所属で記入



大阪市職員定期健康診断受診票

所属コード	所属名	職員番号	氏名	性別	年齢	生年月日	健診種別
							1種

受診年月日	受診場所	時間	所属記入欄		
			車両の運転 高所作業	放射線	有機

＜職種・作業態様について＞ ※ご自身で記入してください。  ※労働安全衛生規則において、健康診断結果に基づく医師等からの意見聴取を行う上で必要となる情報と定められていますので、必ずご記入ください。	職種 (事務職・技術職など)	
	作業態様	<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業(重量物取扱等) <input type="checkbox"/> 深夜業務 <input type="checkbox"/> 宿日直勤務 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱業務 <input type="checkbox"/> 自動車・船舶・重機の運転 <input type="checkbox"/> 上記以外(自転車等)の運転 <input type="checkbox"/> 該当なし

I ～ VIIの各項目については、健康診断の判定の参考にしますので、必ず事前に記入してください。

I 自覚症状について

次の項目について、最近1か月間の症状で、該当するものに○印をつけてください。

項 目	ない	ある	項 目	ない	ある
01 疲れやすい・体がだるい			15 脇の下、乳房にしこりがある		
02 立ちくらみ・めまい・ふらつく			16 目が疲れる・かすむ・痛い		
03 動悸・息切れがする			17 視力がおちた気がする		
04 胸や心臓がしめつけられる、意識消失がある			18 目が乾いた感じがする		
05 咳・痰が出る			19 首・肩が痛い・こる・だるい		
06 口が渇く			20 手指や腕が痛い・しびれる		
07 尿の回数が多い			21 腰・背中が痛い・こる・だるい		
08 特に心当たりがないのに、この1年間に5kg以上やせた			22 足がしびれる		
09 20歳の時の体重から10kg以上増加した			23 頭が痛い・重い		
10 胃の調子が悪い			24 何となく不安がある		
11 便秘または下痢である			25 いらいらする		
12 食欲がない			26 夜中に何度も目が覚める		
13 尿がでにくい			27 明け方早く目が覚めて眠れない		
14 女性のみ回答 生理不順、不正出血がある			28 午前中は調子が悪い		
上記の他に気になる症状があれば記入してください。					

II 生活習慣について

次の項目について、該当する番号または数値を、回答欄に記入してください。

項目	設 問	回答欄										
29   飲 酒	(1)お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。	1:毎日 2:週5～6日 3:週3～4日 4:週1～2日 5:月に1～3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない) (※「7:やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)										
	29(1)項目が1～6の者のみ回答											
	(2)飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。	1:1合未満 2:1～2合未満 3:2～3合未満 4:3～5合未満 5:5合以上 日本酒1合(15度・180ml)の目安(純アルコール約20g) <table><tr><td>ビール(5度)</td><td>焼酎(25度)</td><td>ワイン(14度)</td><td>ウイスキー(43度)</td><td>各チューハイ(5度/7度)</td></tr><tr><td>500ml</td><td>110ml</td><td>180ml</td><td>60ml</td><td>500ml/350ml</td></tr></table>	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	各チューハイ(5度/7度)	500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml
	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	各チューハイ(5度/7度)							
500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml								
(3)飲酒した翌朝に昨日のことを思い出せないことが、過去1年間にありますか。	1:ない 2:1か月に1回未満 3:1か月に1回 4:1週に1回 5:毎日あるいはほとんど毎日											
	(4)身近な人や医師等から飲酒について心配されたり、節酒を勧められることがありますか。	1:ない 2:あるが、過去1年間はない 3:過去1年以内にある										

30   た ば こ	※新型たばこ等を含む				
	(1)喫煙習慣	1:現在吸っている 2:以前は吸っていたが現在はやめた 3:吸わない			
	(2)喫煙年数、及び、本数 (30(1)項目が1、2の者)	A:通算喫煙年数 (禁煙期間を除き、過去の喫煙年数も含む) B:1日平均喫煙本数	A B	年 本	
	(3)禁煙希望 (30(1)項目が1の者)	1:できれば禁煙したい 2:本数を減らしたい 3:禁煙したくない			
	(4)禁煙の取組み (30(3)項目が1、2の者)	1:既に実行している 2:1か月以内に実行したい 3:6か月以内に実行したい			

31   運 動	(1)1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事は含めない)	
	(2)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ますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事を含む)	
	(3)ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1:はい 2:いいえ	
	(4)歩 数	1日の平均歩数 (※歩数計・アプリ等で把握している場合のみ記載)	歩

32 睡眠	(1)睡眠時間	最近1か月間の1日平均睡眠時間は、何時間ですか。(※整数の記載)	時間
	(2)睡眠で休養が十分とれていますか。	1:はい 2:いいえ	

項目	設 問	回答欄
33   食 事	(1)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
	(2)人と比較して食べる速度が速いですか。	1:速い 2:ふつう 3:遅い
	(3)就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ
	(4)朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
	(5)朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ

III あなたの既往歴などについて

あなたの既往歴などについて、下記より選び番号を記入してください。「31 その他の病気」の場合は、( )内に病名を記入してください。

【1】以前にかかった (【2】【3】以外)	【2】現在、服薬や注射による治療を行っている病気 (血圧を下げる薬を服用されている方は「03」、インスリン注射、又は血糖を下げる薬を服用されている方は「08」、コレステロールを下げる薬を服用されている方は「19」を必ず記入してください。)	【3】治療はしていないが、医療機関で定期的に検査や経過観察を行っている病気
( )	( )	( )

01 特になし	02 結核	03 高血圧	04 心筋梗塞	05 狭心症
06 脳梗塞	07 脳出血	08 糖尿病	09 胃がん	10 肺がん
11 大腸がん	12 肝がん	13 子宮がん	14 乳がん	15 肝硬変
16 肝炎	17 痛風・高尿酸血症	18 アルコール性肝疾患	19 脂質代謝異常(高コレステロール血症・高中性脂肪血症)	
20 腎疾患	21 腰痛	22 頸肩腕障害	23 むちうち症	24 眼精疲労
25 緑内障	26 白内障	27 弱視	28 斜位・斜視	29 メンタル不調・精神疾患など)
30 貧血	31 その他の病気			

IV 家族の病歴について

家族の病歴について、下記より選び番号を記入してください。

祖父母	父母	きょうだい

0:該当なし 1:心臓病 2:糖尿病 3:高血圧 4:脳血管疾患(脳卒中)

V その他

女性の方のみ該当する番号を○で囲んでください。

0:該当なし 1:生理中 2:妊娠中(可能性あり)

※ 生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合、自己負担で医療機関にて尿検査を受けていただく必要があります。

裏面も記入してください。

----- ここから下は、記入しないでください。 -----

受診項目	受付	検尿	計測	腹囲	視力	血圧	採血	聴力	診察	心電図	胸X線	前回撮影区分	前回判定区分
										なし・あり			
番号	受診		血液			心電図		胸部X線		前回受診日	前回X線番号		
食事	なし・あり	食後	計測	身長		体重		腹囲		尿検査	蛋白	糖	
				cm		kg		cm					

視力検査(遠方)	裸眼	右		視力検査(近方)	裸眼	右		聴力検査 会話法	右	所見なし・所見あり	心電図検査(診察所見等)	<input type="checkbox"/> 自覚症状あり 【 03 ・ 04 ・ 他の症状( ) 】
		左				左	所見なし・所見あり		<input type="checkbox"/> 車両の運転業務・高所作業あり			
	矯正	右		矯正	右	①	mmHg	<input type="checkbox"/> 血圧【最高140mmHg以上、または、最低90mmHg以上】				
		左			左			②	mmHg	<input type="checkbox"/> 心雑音あり		
										<input type="checkbox"/> 心音不整あり		
												<input type="checkbox"/> その他の所見あり( )

診察所見	
異常所見なし	101

	所見	経過観察	要精密検査
結膜	貧血 黄疸	102 103	112 113
頸部	甲状腺腫大 リンパ節腫脹	104 105	114 115
胸部	心雑音 心音不整 呼吸音異常	106 107 108	116 117 118

所見	経過観察	要精密検査
その他	109	119
医師氏名		

	眼	筋骨格
00	N	N
101	A	A
102	B1	B1
103	B2	D1
104	D1	
105	D2	D2
D1とする理由:		
R8		

情報機器（パソコンやタブレット端末等）を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業について  
次の項目について、回答または、該当するものに○印をつけてください。

Ⅵ 情報機器作業の業務歴について（大阪市入職前も含む）

34 あなたの業務歴における、情報機器作業の経験年数はどれくらいですか。

年 カ月

Ⅶ 現在の情報機器作業の業務について

35 現在、業務で情報機器を使用していますか。

1:はい（項目36へ） 2:いいえ（情報機器に関する質問は、この項目で終了です）

36 業務で情報機器を使用している作業内容について該当する番号に○印をつけてください。

番号	作業区分の定義	作業の例
1	1日に4時間以上情報機器作業を行う者であって次のいずれかに該当するもの （「作業中、常時ディスプレイを注視する、または入力装置を操作する必要がある」「作業中労働者の裁量で適宜休憩をとることや作業姿勢を変更することが困難である」）	例:コールセンターで相談対応、モニターによる監視・点検・編集・デザイン、プログラミング、CAD作業（設計・製図作業）、伝票処理、テープ起こし（音声の文書化作業）、データ入力
2	上記以外の情報機器作業者	上記の作業で4時間未満のもの、または、上記の作業で4時間以上ではあるが、労働者の裁量により休憩をとることができるもの、または、上記以外の情報機器を作業するもの（例:文書作成作業、経理業務等）

37 情報機器作業の1回の連続した使用時間は、1時間以内としていますか。

1:はい 2:いいえ

38 一連続作業時間内において、1～2回程度の情報機器作業の小休止を設けていますか

1:はい 2:いいえ

39 就業の前後又は休憩中に、ストレッチ等、軽い運動を行っていますか。

1:はい 2:いいえ

定期健康診断を受診される方へ

健康診断を受診するにあたり、あらかじめ下記の注意事項をよく読んでおいてください。

- Ⅰ 事前に、受診票のⅠ～Ⅶの各項目について、必要事項を記入してください。  
Ⅱ 医師の診察があるため、上半身の着脱が簡単な衣類を着用してください。  
Ⅲ めがねを使用している方は、必ず持参してください。（遠方用・近方用めがねを使用している方は両方）  
Ⅳ 健康診断当日は、この「大阪市職員定期健康診断受診票」を持参してください。

1 胸部X線検査について

- （1）妊娠中又は妊娠している可能性のある方は、受付で申し出てください。  
（2）胸部X線検査は、着衣のまま撮影します。正確な検査を行うため、無地のTシャツ又はボタンのない肌着で下になにもつけない状態に着替えていただきます。  
（3）ブラジャーはワイヤーの有無に関係なく、必ずはずしてください。また、アクセサリー、湿布薬等をはずし、肌にはなにもつけないでください。  
＊ 技師の判断で上半身の脱衣をお願いすることがあります。その際は指示に従っていただくよう、ご協力願います。  
（4）特殊な機器（インスリンポンプ等）を装着している方は、胸部X線検査を実施する際には取り外す必要があります。取り外しできない場合は検査中止となりますので、健康診断受診のために機器の脱着を行ってよいかを、主治医に確認してください。なお、健康診断当日は医療者による取り外しは行っておりません。

2 血圧測定について

高血圧のお薬は、飲水し服用したうえで健診を受診することが望ましいため、主治医に相談をしてください。

3 血液検査について

- （1）受診前日は禁酒してください。  
（2）午前中に受診する方については、前日の夕食は健康診断受付時間の10時間前までに済ませ、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。  
（3）午後に受診する方については、当日は軽めの朝食とし、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。  
＊ 空腹時血液検査は、食後10時間以上であることとしています。午後に受診される方が健康診断当日に朝食を摂取され、食後採血時間が10時間未満となる場合は「食事あり」と判定されます。  
＊ なんらかの疾病（糖尿病等）で治療中の方は、健診当日朝の服薬等について、主治医とよく相談してください。

《採血後の注意》

- ・採血の後は、3～5分程度採血した部分を親指でしっかり押さえてください。その際絶対にもまないでください。  
止血を確認した後も、しばらくは無理な力を入れないでください。  
・採血後まれに皮下出血、痛みや腫れがみられることがありますが、ほとんどの場合は1週間から10日で自然に治ります。心配な方は所属の担当者に連絡してください。

4 心電図検査について

心電図検査の際には、あらかじめストッキングを脱いでおいてください。

必ずお読みください

定期健康診断は、労働安全衛生法等に基づき、生活習慣病、胸部疾患（結核）の早期発見・早期治療を目的として実施し、労働者には、定期健康診断の受診が義務付けられています。

●本市においては、生活習慣病の予防及び情報機器作業による健康障害の防止を目的として、法定外の検査項目も併せて実施しています。法定外の検査項目について、実施に同意しない場合は受診日までに直接または所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループへご連絡ください。

●ご自身の事情により本市が指定した定期健康診断を受診されなかった場合や法定項目のうち一部の検査を省略された場合は、医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果を提出していただく必要があります。その際には、本市が指定した報告書に検査結果の記入及び医師の証明をもらったうえで提出してください。

なお、医療機関等での受診及び当該報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。

●受診に際して配慮が必要な事項がある場合は、事前に所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループまでご相談ください。

●個人情報の取扱について

健康診断結果については重要な個人情報ですので、本人への通知、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用（個人が特定できない状態で利用）、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。

また、個人情報の適切な取扱に関して、本市と健康診断委託業者とは契約を取り交わしています。

☐ 上記の内容について同意します。



大阪市職員定期健康診断受診票

所属コード	所属名	職員番号	氏名	性別	年齢	生年月日	健診種別
							2種
受診年月日	受診場所					時間	所属記入欄
							放射線 有機

＜職種・作業態様について＞ ※ご自身で記入してください。  ※労働安全衛生規則において、健康診断結果に基づく医師等からの意見聴取を行う上で必要となる情報と定められていますので、必ずご記入ください。	職種 (事務職・技術職など)	
	作業態様	<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業(重量物取扱等) <input type="checkbox"/> 深夜業務 <input type="checkbox"/> 宿日直勤務 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱業務 <input type="checkbox"/> 自動車・船舶・重機の運転 <input type="checkbox"/> 上記以外(自転車等)の運転 <input type="checkbox"/> 該当なし

I～Ⅶの各項目については、健康診断の判定の参考にしますので、必ず事前に記入してください。

I 自覚症状について

次の項目について、最近1か月間の症状で、該当するものに○印をつけてください。

項 目	ない	ある	項 目	ない	ある
01 疲れやすい・体がだるい			15 脇の下、乳房にしこりがある		
02 立ちくらみ・めまい・ふらつく			16 目が疲れる・かすむ・痛い		
03 動悸・息切れがする			17 視力がおちた気がする		
04 胸や心臓がしめつけられる、意識消失がある			18 目が乾いた感じがする		
05 咳・痰が出る			19 首・肩が痛い・こる・だるい		
06 口が渇く			20 手指や腕が痛い・しびれる		
07 尿の回数が多い			21 腰・背中が痛い・こる・だるい		
08 特に心当たりがないのに、この1年間に5kg以上やせた			22 足がしびれる		
09 20歳の時の体重から10kg以上増加した			23 頭が痛い・重い		
10 胃の調子が悪い			24 何となく不安がある		
11 便秘または下痢である			25 いらいらする		
12 食欲がない			26 夜中に何度も目が覚める		
13 尿がでにくい			27 明け方早く目が覚めて眠れない		
14 女性のみ回答 生理不順、不正出血がある			28 午前中は調子が悪い		
上記の他に気になる症状があれば記入してください。					

II 生活習慣について

次の項目について、該当する番号または数値を、回答欄に記入してください。

項目	設 問	回答欄										
29	(1)お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。  29(1)項目が1～6の者のみ回答	1:毎日 2:週5～6日 3:週3～4日 4:週1～2日 5:月に1～3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない) (※「7:やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)										
飲 酒	(2)飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。	1:1合未満 2:1～2合未満 3:2～3合未満 4:3～5合未満 5:5合以上 日本酒1合(15度・180ml) <table><tr><td>ビール(5度)</td><td>焼酎(25度)</td><td>ワイン(14度)</td><td>ウイスキー(43度)</td><td>缶チューハイ(5度/7度)</td></tr><tr><td>500ml</td><td>110ml</td><td>180ml</td><td>60ml</td><td>500ml/350ml</td></tr></table> の目安(純アルコール約20g)	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	缶チューハイ(5度/7度)	500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml
	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	缶チューハイ(5度/7度)							
	500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml							
(3)飲酒した翌朝に昨日のことを思い出せないことが、過去1年間にありますか。	1:ない 2:1か月に1回未満 3:1か月に1回 4:1週に1回 5:毎日あるいはほとんど毎日											
	(4)身近な人や医師等から飲酒について心配されたり、節酒を勧められることがありますか。	1:ない      2:あるが、過去1年間はない      3:過去1年以内にある										

※新型たばこ等を含む

たばこ	(1)喫煙習慣	1:現在吸っている 2:以前は吸っていたが現在はやめた 3:吸わない	
	(2)喫煙年数、及び、本数 (30(1)項目が1、2の者)	A:通算喫煙年数 (禁煙期間を除き、過去の喫煙年数も含む) B:1日平均喫煙本数	A 年 B 本
	(3)禁煙希望(30(1)項目が1の者)	1:できれば禁煙したい      2:本数を減らしたい      3:禁煙したくない	
	(4)禁煙の取組み(30(3)項目が1、2の者)	1:既に実行している      2:1か月以内に実行したい      3:6か月以内に実行したい	

運 動	(1)1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事は含めない)	
	(2)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ますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事をを含む)	
	(3)ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1:はい 2:いいえ	
	(4)歩 数	1日の平均歩数 (※歩数計・アプリ等で把握している場合のみ記載)	歩

睡眠	(1)睡眠時間	最近1か月間の1日平均睡眠時間は、何時間ですか。(※整数の記載)	時間
	(2)睡眠で休養が十分とれていますか。	1:はい 2:いいえ	

項目	設 問	回答欄
食 事	(1)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	
	(2)人と比較して食べる速度が速いですか。	1:速い 2:ふつう 3:遅い
	(3)就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ
	(4)朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
	(5)朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ

III あなたの既往歴などについて

あなたの既往歴などについて、下記より選び番号を記入してください。「31 その他の病気」の場合は、( )内に病名を記入してください。

【1】以前にかかった 〔2〕〔3〕以外)	【2】現在、服薬や注射による治療を行っている病気 (血圧を下げる薬を服用されている方は「03」、インスリン注射、又は血糖を下げる薬を服用されている方は「08」、コレステロールを下げる薬を服用されている方は「19」を必ず記入してください。)	【3】治療はしていないが、医療機関で定期的な検査や経過観察を行っている病気
( )	( )	( )

- |         |             |              |                               |                  |
|---------|-------------|--------------|-------------------------------|------------------|
| 01 特になし | 02 結核       | 03 高血圧       | 04 心筋梗塞                       | 05 狭心症           |
| 06 脳梗塞  | 07 脳出血      | 08 糖尿病       | 09 胃がん                        | 10 肺がん           |
| 11 大腸がん | 12 肝がん      | 13 子宮がん      | 14 乳がん                        | 15 肝硬変           |
| 16 肝炎   | 17 痛風・高尿酸血症 | 18 アルコール性肝疾患 | 19 脂質代謝異常(高コレステロール血症・高中性脂肪血症) |                  |
| 20 腎疾患  | 21 腰痛       | 22 頸肩腕障害     | 23 むちうち症                      | 24 眼精疲労          |
| 25 緑内障  | 26 白内障      | 27 弱視        | 28 斜位・斜視                      | 29 メンタル不調・精神疾患など |
| 30 貧血   | 31 その他の病気   |              |                               |                  |

IV 家族の病歴について

家族の病歴について、下記より選び番号を記入してください。

祖父母	父母	きょうだい

0:該当なし    1:心臓病    2:糖尿病    3:高血圧    4:脳血管疾患(脳卒中)

V その他

女性の方のみ該当する番号を○で囲んでください。

0:該当なし    1:生理中    2:妊娠中(可能性あり)

※ 生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合、自己負担で医療機関にて尿検査を受けていただく必要があります。

裏面も記入してください。

-----ここから下は、記入しないでください。-----

受診項目	受付	検尿	計測	腹囲	視力	眼位	調節	血圧	採血	聴力	診察	心電図	胸部X線	前回撮影区分	前回判定区分
番号	受診			血液			心電図			胸部X線			前回受診日	前回X線番号	
食事	なし・あり	食後	計測	身長		体重		腹囲		尿検査	蛋白	糖			
				h	cm	kg	cm								

視力検査 (遠方)	裸眼	右		裸眼	右		聴力検査	100Hz	右	所見なし・所見あり	血圧	①		調節機能	右		
		左			左			②	mmHg	左							
	矯正	右		矯正	右			400Hz	右	所見なし・所見あり			眼位	・正常			
		左			左	所見なし・所見あり		・斜位疑い									
	・その他(未検査)																

診察所見

異常所見なし	101		
所見	経過観察	要精密検査	
結膜	貧血	102	112
	黄疸	103	113
頭部	甲状腺腫大	104	114
	リンパ節腫脹	105	115
胸部	心雑音	106	116
	心音不整	107	117
	呼吸音異常	108	118

所見	経過観察	要精密検査
その他	109	119
医師氏名		

	眼	筋骨格
00	N	N
101	A	A
102	B1	B1
103	B2	
104	D1	D1
105	D2	D2
D1とする理由:		

情報機器（パソコンやタブレット端末等）を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業について  
次の項目について、回答または、該当するものに○印をつけてください。

Ⅶ 情報機器作業の業務歴について（大阪市入職前も含む）

34 あなたの業務歴における、情報機器作業の経験年数はどれくらいですか。

年 カ月

Ⅶ 現在の情報機器作業の業務について

35 現在、業務で情報機器を使用していますか。

1:はい（項目36へ） 2:いいえ（情報機器に関する質問は、この項目で終了です）

36 業務で情報機器を使用している作業内容について該当する番号に○印をつけてください。

番号	作業区分の定義	作業の例
1	1日に4時間以上情報機器作業を行う者であって次のいずれかに該当するもの （「作業中、常時ディスプレイを注視する、または入力装置を操作する必要がある」「作業中労働者の裁量で適宜休憩をとることや作業姿勢を変更することが困難である」）	例:コールセンターで相談対応、モニターによる監視・点検・編集・デザイン、プログラミング、CAD作業（設計・製図作業）、伝票処理、テープ起こし（音声の文書化作業）、データ入力
2	上記以外の情報機器作業者	上記の作業で4時間未満のもの、または、上記の作業で4時間以上ではあるが、労働者の裁量により休憩をとることができるもの、または、上記以外の情報機器を作業するもの（例:文書作成作業、経理業務等）

37 情報機器作業の1回の連続した使用時間は、1時間以内としていますか。

1:はい 2:いいえ

38 一連続作業時間内において、1～2回程度の情報機器作業の小休止を設けていますか

1:はい 2:いいえ

39 就業の前後又は休憩中に、ストレッチ等、軽い運動を行っていますか。

1:はい 2:いいえ

定期健康診断を受診される方へ

健康診断を受診するにあたり、あらかじめ下記の注意事項をよく読んでおいてください。

Ⅰ 事前に、受診票のⅠ～Ⅶの各項目について、必要事項を記入してください。

Ⅱ 医師の診察があるため、上半身の着脱が簡単な衣類を着用してください。

Ⅲ めがねを使用している方は、必ず持参してください。（遠方用・近方用めがねを使用している方は両方）

Ⅳ 健康診断当日は、この「大阪市職員定期健康診断受診票」を持参してください。

1 胸部X線検査について

（1）妊娠中又は妊娠している可能性のある方は、受付で申し出てください。

（2）胸部X線検査は、着衣のまま撮影します。正確な検査を行うため、無地のTシャツ又はボタンのない肌着で下になにもつけない状態で着替えていただきます。

（3）ブラジャーはワイヤーの有無に関係なく、必ずはずしてください。また、アクセサリ、湿布薬等はずし、肌にはなにもつけないでください。

＊ 技師の判断で上半身の脱衣をお願いすることがあります。その際は指示に従っていただくよう、ご協力願います。

（4）特殊な機器（インスリンポンプ等）を装着している方は、胸部X線検査を実施する際には取り外す必要があります。取り外しできない場合は検査中止となりますので、健康診断受診のために機器の脱着を行ってよいかを、主治医に確認してください。なお、健康診断当日は医療者による取り外しは行っておりません。

2 血圧測定について

高血圧のお薬は、飲水し服用したうえで健診を受診することが望ましいため、主治医に相談をしてください。

3 血液検査について

（1）受診前日は禁酒してください。

（2）午前中に受診する方については、前日の夕食は健康診断受付時間の10時間前までに済ませ、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。

（3）午後に受診する方については、当日は軽めの朝食とし、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。

＊ 空腹時血液検査は、食後10時間以上であることとしています。午後に受診される方が健康診断当日に朝食を摂取され、食後採血時間が10時間未満となる場合は「食事あり」と判定されます。

＊ なんらかの疾病（糖尿病等）で治療中の方は、健診当日朝の服薬等について、主治医とよく相談してください。

《採血後の注意》

・ 採血の後は、3～5分程度採血した部分を親指でしっかり押さえてください。その際絶対にもまないでください。

止血を確認した後も、しばらくは無理な力を入れないでください。

・ 採血後まれに皮下出血、痛みや腫れがみられることがありますが、ほとんどの場合は1週間から10日で自然に治ります。心配な方は所属の担当者に連絡してください。

4 心電図検査について

心電図検査の際には、あらかじめストッキングを脱いでおいてください。

必ずお読みください

定期健康診断は、労働安全衛生法等に基づき、生活習慣病、胸部疾患（結核）の早期発見・早期治療を目的として実施し、労働者には、定期健康診断の受診が義務付けられています。

●本市においては、生活習慣病の予防及び情報機器作業による健康障害の防止を目的として、法定外の検査項目も併せて実施しています。法定外の検査項目について、実施に同意しない場合は受診日までに直接または所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループへご連絡ください。

●ご自身の事情により本市が指定した定期健康診断を受診されなかった場合や法定項目のうち一部の検査を省略された場合は、医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果を提出していただく必要があります。その際には、本市が指定した報告書に検査結果の記入及び医師の証明をもらったうえで提出してください。

なお、医療機関等での受診及び当該報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。

●受診に際して配慮が必要な事項がある場合は、事前に所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループまでご相談ください。

●個人情報の取扱について

健康診断結果については重要な個人情報ですので、本人への通知、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用（個人が特定できない状態で利用）、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。

また、個人情報の適切な取扱に関して、本市と健康診断委託業者とは契約を取り交わしています。

☐ 上記の内容について同意します。



大阪市職員特殊健康診断受診票（電離放射線）

所属コード	職員番号	氏名	性別	年齢	生年月日

受診年月日	受診場所	時間	職種

電離放射線

※裏面は必ず所属担当者の方が記入してください。記入漏れがあると、受診できない場合があります。

- ＜注意事項＞ 健康診断を受診するにあたり、あらかじめ下記の注意事項をよく読んでおいてください。
- 1 事前に、受診票のⅠ～Ⅳの各項目について、必要事項を記入してください。
  - 2 医師の診察は上半身裸で行いますので、着脱の簡単な衣類を着用してください。
  - 3 めがねを使用している方は、必ず持参してください。（遠方用・近方用めがねを使用している方は両方）※裏面に詳細記載
  - 4 健康診断当日は、この「大阪市職員特殊健康診断受診票（電離放射線）」を持参してください。

Ⅰ～Ⅳの各項目については、健康診断の判定の参考にしますので、事前に必ず記入してください。

Ⅰ 放射線を使用する作業状況等について

次の各項目について、該当する番号を選び番号欄に記入してください。

項目	設問	番号
1	作業の頻度 1：月に数回    2：週に数回    3：毎日	
2	1日あたりの平均作業時間 1：1時間未満    2：1～4時間未満    3：4～8時間未満    4：8時間以上	
3	保護具の着用 1：なし    2：あり	

Ⅱ 自覚症状について

次の各項目について、最近1ヶ月間での症状で該当する欄に○印をつけてください。

項目	ない	ある	項目	ない	ある
1 疲れやすい			14 咳や痰がでる		
2 立ちくらみ又はめまいがする			15 痰に血が混じることがある		
3 熱がでやすくなった			16 皮膚に治りにくい傷や赤い斑点ができたりする		
4 急に体重が減ってきた			17 皮膚がかゆかったり、あれたり、カサカサ、ジクジクする		
5 胸やけがする			18 皮膚の色が変わっているところがある		
6 胃が痛む			19 手足がしびれたり痛んだりする		
7 下痢をする			20 手足の先が冷えやすい		
8 便秘をする			21 手指がふるえたり感覚がなくなる		
9 便に血が混じることがある			22 手指が腫れる		
10 血がとまりにくくなった			23 手足の関節が痛む		
11 皮下出血がある			24 上記の他に気になる症状があれば記入してください。		
12 目がかすんだり、ものが見えにくかったりする					
13 医師に白内障（又は水晶体の混濁がある）と言われたことがある					

Ⅲ あなたの既往歴などについて

あなたの既往歴などについて、下記より選び番号を記入してください。  
「09その他の病気」の場合は、（ ）内に病名を記入してください。

【1】以前にかかった（【2】以外）	【2】服薬や注射による治療を行っている、又は治療はしていないが医療機関で定期的に検査や経過観察を行っている
（ ）	（ ）

- 01 特になし
- 02 血液疾患(貧血など)
- 03 皮膚疾患(アトピー性皮膚炎など)
- 04 眼疾患(白内障など)
- 05 消化器疾患(胃潰瘍など)
- 06 循環器疾患(心筋梗塞など)
- 07 呼吸器疾患(喘息など)
- 08 内分泌疾患(甲状腺機能低下など)
- 09 その他の病気

Ⅳ その他

女性の方のみ該当する番号を○で囲んでください。

- 0:該当なし
- 1:生理中
- 2:妊娠中(可能性あり)

----- ここから下は、記入しないでください。 -----

受診項目	受付	視力	採血	診察	視力（遠方）	裸眼	右		視力（近方）	裸眼	右	
						矯正	左		矯正	左		
番号	受診		血液			矯正	右		矯正	右		
						矯正	左		矯正	左		

診察所見

異常所見なし	00
--------	----

所見	軽微なもの	中等度以上のもの	所見	軽微なもの	中等度以上のもの
結膜 貧血	11	12	その他	71	72
眼 水晶体の混濁	21	22			
皮膚 発赤	31	32			
	乾燥又は縦じわ	41			
	潰瘍	51	52		
爪の異常	61	62			

※診察所見を認めた場合には、必ず業務との関連性があるか判断してください。 → 業務との関連性  
あり ・ なし

※診察所見のうち、業務との関連性があると判断するものの番号を記入してください。 →

- <例> 貧血が軽微なもので業務との関連性があれば「11」
- <例> 貧血が中等度以上のもので業務との関連性があれば「12」

医師氏名					R8
産業医記入欄	記入年月日	医師氏名	就業判定	その他特記事項	
			<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 産業医面接指導		

次の欄以降は、所属担当者の方が記入してください。

※記入漏れがあると、受診できない場合があります。

電 離 放 射 線 健 康 診 断							
所属名(事業所名)							
健 診 区 分		1：雇入時		2：配置替え(復職者含む)		3：定期	
前職(配置前)経験 ※雇入時、配置替えのみ記載		過去に放射線を使用した職場での勤務歴					
		総年数(          年          ヶ月)		期間    年    月～    年    月			
現職場経験 ※定期のみ記載		現職場で放射線を使用した職場での勤務歴					
		総年数(          年          ヶ月)		期間    年    月～    年    月			
前回視力検査 (遠方)	裸眼	右		前回視力検査 (近方)	裸眼	右	
		左			左		
	矯正	右			矯正	右	
		左			左		

※雇入時、配置替えの対象者は、特殊健康診断を受診するまで、該当業務には従事できません。

I 業務内容について

該当するコード番号に○印をつけてください。

コード	業 務 内 容
1	エックス線装置の使用又はエックス線の発生を伴う当該装置の検査の業務
2	サイクロトン、ベータロンその他の荷電粒子を加速する装置の使用又は電離放射線の発生を伴う当該装置の検査の業務
3	エックス線管若しくはケントロンのガス抜き又はエックス線の発生を伴うこれらの検査の業務
4	放射性物質を装備している機器の取り扱いの業務
5	ガンマ線透過写真撮影の業務
6	放射性物質又はこれによって汚染された物の取り扱いの業務
7	核燃料物質等の取り扱いの業務
8	原子炉の運転の業務
9	坑内における核原料物質の採掘の業務

II 線源について

該当するコード番号に○印をつけてください。

コード	線 源 内 容	コード	線 源 内 容
10	医療用のエックス線装置	17	製造工程中のケントロン
11	工業用等のエックス線装置で撮影用のもの	18	医療用のガンマ線照射装置
12	工業用等のエックス線装置で透視用のもの	19	工業用等のガンマ線照射装置
13	工業用等のエックス線装置で分析用のもの	20	ガンマ線照射装置以外の放射性物質を装備している機器
14	工業用等のエックス線装置でその他のもの	21	放射性物質
15	荷電粒子を加速する装置	22	原子炉
16	製造工程中のエックス線管	23	坑内におけるラドンガス

III 線量について

線量について記入してください。線量がない場合は、「0」と記入してください。

						※今回の実効線量含む					
過去1年間の実効線量累計※			mSv			過去5年間の実効線量累計※			mSv		
前回健康診断日の前月までの実効線量累計									mSv		
前回の健康診断月以降に受けた線量	実効線量	外部被ばくによるもの			mSv			計	mSv		
		内部被ばくによるもの			mSv						
		事故等によるもの			mSv						
	等価線量	水晶体	事故等以外			mSv			計	mSv	
			事故等			mSv					
		皮 膚	事故等以外			mSv			計	mSv	
			事故等			mSv					

特殊健康診断を受診される方へ

1 血液検査について

《採血後の注意》

(1) 採血の後は、3～5分程度採血した部分を親指でしっかり押さえてください。その際絶対にもまないでください。  
止血を確認した後も、しばらくは無理な力を入れないでください。

(2) 採血後まれに皮下出血、痛みや腫れがみられることがありますが、ほとんどの場合は1週間から10日で自然に治ります。  
心配な方は所属の担当者に連絡してください。

2 めがね使用者の視力検査について

めがねを使用している方は、視力検査(遠方視力・近方視力)において、矯正視力を測定しますので、必ずめがねを持参してください。遠方用・近方用とも、めがねを使用している方は、両方のめがねを持参してください。  
※めがねの持参がない場合、結果によっては別日の検査が必要になる場合があります。

必ずお読みください

特殊健康診断は、労働安全衛生法令に基づき実施し、労働者には特殊健康診断の受診が義務付けられています。

●ご自身の事情により本市が指定した特殊健康診断を受診されなかった場合や法定項目のうち一部の検査を省略された場合は、医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果を提出していただく必要があります。その際には、本市が指定した報告書に検査結果の記入及び医師の証明をもらったうえで提出してください。

なお、医療機関等での受診及び当該報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。

●個人情報の取扱について

特殊健康診断結果については重要な個人情報ですので、本人への通知、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用(個人が特定できない状態で利用)等以外の目的には利用しません。

また、個人情報の適切な取扱に関して、本市と健康診断委託業者とは契約を取り交わしています。

☐ 上記の内容について同意します。

## 大阪市職員特殊健康診断受診票（有機溶剤）

所属コード	職員番号	氏 名	性別	年齢	生年月日

受診年月日	受診場所	時 間	職 種

# 有機

※裏面は必ず所属担当者の方が記入してください。記入漏れがあると、受診できない場合があります。

**＜注意事項＞** 健康診断を受診するにあたり、あらかじめ下記の注意事項をよく読んでおいてください。

- 1 事前に、受診票のⅠ～Ⅳの各項目について、必要事項を記入してください。
- 2 医師の診察があるため、上半身の着脱が簡単な衣類を着用してください。
- 3 (1)トルエン取扱者の方は、健診日の前日もしくは当日に以下のものを飲食すると、尿検査結果に影響を及ぼしますので  
飲食しないでください。(飲食物の例：果物、コーヒー、コーラ等の清涼飲料水、栄養ドリンク等) ※裏面に詳細記載  
(2)尿の採取時期は、尿中有機溶剤の代謝物の濃度が高値を示す時期とすべきであるため、連続した作業日の後半の  
作業日の作業終了時が望ましいとされています。(例：木・金曜日の午後の受診時間帯)
- 4 健康診断当日は、この「大阪市職員特殊健康診断受診票(有機溶剤)」を持参してください。

I～IVの各項目については、健康診断の判定の参考にしますので、事前に必ず記入してください。

### I 有機溶剤を使用する作業状況等について

次の各項目について、該当する番号を選び番号欄に記入してください。（ただし、設問6に関しては複数回答可）

項目	設 問				番 号
1	作業の頻度	1：月に数回	2：週に数回	3：毎日	
2	1日あたりの平均作業時間	1：1時間未満	2：1～4時間未満	3：4～8時間未満	4：8時間以上
3	直近の作業日	1：1日以内	2：2日以内	3：3日以内	4：4日以上前
4	作業場所	1：屋外作業	2：屋内作業		
5	換気の有無	1：なし	2：全体換気のみ	3：局所換気装置あり	
6	保護具の使用状況	1：使っていない	2：保護手袋	3：保護マスク	4：保護メガネ
		5：その他（			）

## Ⅱ 自覚症状について

次の各項目について、現在及び最近6ヶ月間での症状で該当する欄に○印をつけてください。

項 目		ない	ある	項 目		ない	ある
1	頭が痛い・重い			13	手指が震える		
2	立ちくらみ・めまい・ふらつく			14	手足の先に痛みがある		
3	動悸がする			15	握力減退		
4	嘔吐			16	知覚異常		
5	吐き気			17	皮膚または粘膜の異常		
6	食欲がない			18	目・鼻・喉の刺激症状		
7	急に体重が減ってきた			19	視力低下		
8	腹痛			20	上記の他に気になる症状があれば記入してください。		
9	不眠						
10	何となく不安がある						
11	いらいらする						
12	集中力の低下						

### Ⅲ あなたの既往歴などについて

あなたの既往歴などについて、下記より選び番号を記入してください。

「08その他の病気」の場合は、( )内に病名を記入してください。

【1】以前にかかった（【2】以外）	【2】服薬や注射による治療を行っている、又は治療はしていないが医療機関で定期的に検査や経過観察を行っている
（ ）	（ ）

- |               |                    |                     |
|---------------|--------------------|---------------------|
| 01 特になし       | 02 肝疾患(肝硬変など)      | 03 腎疾患(尿路結石など)      |
| 04 血液疾患(貧血など) | 05 神経系疾患(末梢神経・視神経) | 06 皮膚疾患(アトピー性皮膚炎など) |
| 07 肺疾患(喘息など)  | 08 その他の病気          |                     |

#### IV その他

女性の方のみ該当する番号を○で囲んでください。

- 0:該当なし      1:生理中      2:妊娠中(可能性あり)

※ 生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合、自己負担で医療機関にて尿検査を受けていただく必要があります。

ここから下は、記入しないでください。

受診項目	受 付	検 尿	採 血	診 察	眼底検査	所見なし・所見あり		
						所見( )		
番号	受 診		血 液		尿検査	蛋白	飲食	〈トルエン取扱者のみ〉 なし・あり

## 診察所見

異常所見なし	00
--------	----

所 見		軽微	中等度以上	所 見		軽微	中等度以上	所 見		中等度以上
結膜	貧血	11	12	反射等	手指振戦	71	72	問診項目 （自覚症状） ※該当する場合は項目 番号を記載 してください		
	充血	21	22		膝蓋腱反射	81	82			
皮膚	乾燥	31	32		アキレス腱反射	91	92			
	落屑	41	42	その他						
	皮膚炎	51	52							
	爪の異常	61	62							

## 業務との関連性

※自覚症状及び診察所見を認めた場合には、必ず業務との関連性があるか判断してください。 → あり ・ なし

※自覚症状のうち、業務との関連性があると判断するものの番号を記入してください。

＜例＞握力減退が業務との関連性があれば「15」

※診察所見のうち、業務との関連性があると判断するものの番号を記入してください。

＜例＞貧血が軽微なもので業務との関連性があれば「11」

＜例＞貧血が中等度以上のもので業務との関連性があれば「12」

医師氏名

R8

産業医 記入欄	記入年月日	医師氏名	就業判定	その他特記事項
			<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 産業医面接指導	



次の欄以降は、所属担当者の方が記入してください。

※記入漏れがあると、受診できない場合があります。

有 機 溶 剤 健 康 診 断			
所属名(事業所名)			
健 診 区 分	1：雇入時	2：配置替え(復職者含む)	3：定期
前職(配置前)経験 ※雇入時、配置替えのみ記載	過去に有機溶剤を使用した職場での勤務歴		
	総年数(      年            ヶ月)	期間	年    月    年    月
現職場経験 ※定期のみ記載	現職場で有機溶剤を使用した職場での勤務歴		
	総年数(      年            ヶ月)	期間	年    月    年    月
作業環境評価(※)	第1管理区分・第2管理区分・第3管理区分(作業環境測定日      年    月    日)		
	直近の作業環境測定日    (      同上            ・            年    月    日)		

※第1種・第2種有機溶剤を製造し、又は取り扱う屋内作業場では、6ヶ月に1回の作業環境測定が義務付けられています。  
※雇入時、配置替えの対象者は、特殊健康診断を受診するまで、該当業務には従事できません。

I 取扱溶剤について

該当するコード番号に○印をつけ、それぞれの有機溶剤について職場全体での半年間の使用量を記入してください。

II	溶剤コード	溶 剤 名	使用量	溶剤コード	溶 剤 名	使用量
	＜第1種有機溶剤・第2種有機溶剤＞			28	1,2-ジクロルエチレン	(            )
	1	アセトン	(            )	30	N,N-ジメチルホルムアミド	(            )
	2	イソブチルアルコール	(            )	34	テトラヒドロフラン	(            )
	3	イソプロピルアルコール	(            )	35	1,1,1-トリクロルエタン	(            )
	4	イソペンチルアルコール	(            )	37	トルエン	(            )
	5	エチルエーテル	(            )	38	二硫化炭素	(            )
	6	エチレングリコールモノエチルエーテル	(            )	39	ノルマルヘキサン	(            )
	7	エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート	(            )	40	1-ブタノール	(            )
	8	エチレングリコールモノ-ノルマル-ブチルエーテル	(            )	41	2-ブタノール	(            )
	9	エチレングリコールモノメチルエーテル	(            )	42	メタノール	(            )
	10	オルト-ジクロルベンゼン	(            )	44	メチルエチルケトン	(            )
	11	キシレン	(            )	45	メチルシクロヘキサノール	(            )
	12	クレゾール	(            )	46	メチルシクロヘキサノン	(            )
	13	クロルベンゼン	(            )	47	メチル-ノルマル-ブチルケトン	(            )
	15	酢酸イソブチル	(            )	＜第3種有機溶剤・その他＞		
	16	酢酸イソプロピル	(            )			
	17	酢酸イソペンチル	(            )	48	ガソリン	(            )
	18	酢酸エチル	(            )	49	コールタールナフサ	(            )
	19	酢酸ノルマル-ブチル	(            )	50	石油エーテル	(            )
	20	酢酸ノルマル-プロピル	(            )	51	石油ナフサ	(            )
	21	酢酸ノルマル-ペンチル	(            )	52	石油ベンジン	(            )
	22	酢酸メチル	(            )	53	テレピン油	(            )
	24	シクロヘキサノール	(            )	54	ミネラルスピリット	(            )
	25	シクロヘキサノン	(            )	55	前各号に掲げるもののみからなる混合物	(            )

II 業務内容について

該当するコード番号に「○」印をつけてください。

II	コード	業 務 内 容
	1	有機溶剤等を製造する工程における有機溶剤等のろ過、混合、攪拌、加熱又は容器若しくは設備への注入の業務
	2	染料、医薬品、農薬、化学繊維、合成樹脂、有機顔料、油脂、香料、甘味料、火薬、写真薬品、ゴム若しくは可塑剤又はこれらのものの中間体を製造する工程における有機溶剤等のろ過、混合、攪拌又は加熱の業務
	3	有機溶剤含有物を用いて行う印刷の業務
	4	有機溶剤含有物を用いて行う文字の書込み又は描画の業務
	5	有機溶剤等を用いて行うつや出し、防水その他物の面の加工の業務
	6	接着のためにする有機溶剤等の塗布の業務
	7	接着のために有機溶剤等を塗布された物の接着の業務
	8	有機溶剤等を用いて行う洗浄(コード12に掲げる業務に該当する洗浄の業務を除く。)又は払しょくの業務
	9	有機溶剤含有物を用いて行う塗装の業務(コード12に掲げる業務に該当する塗装の業務を除く。)
	10	有機溶剤等が付着している物の乾燥の業務
	11	有機溶剤等を用いて行う試験又は研究の業務
	12	有機溶剤等を入れたことのあるタンク(有機溶剤の蒸気の発散するおそれがないものを除く。)の内部における業務

特殊健康診断を受診される方へ

1 血液検査について

《採血後の注意》

- (1) 採血の後は、3～5分程度採血した部分を親指でしっかり押さえてください。その際絶対にもまないでください。  
止血を確認した後も、しばらくは無理な力を入れないでください。
- (2) 採血後まれに皮下出血、痛みや腫れがみられることがありますが、ほとんどの場合は1週間から10日で自然に治ります。  
心配な方は所属の担当者に連絡してください。

2 トルエン取扱者の飲食について

次にあげる飲食物は、検査結果に大きな影響を及ぼし、正確な値を把握することができませんので、健診前日の朝食分から健診当日受診するまでの間は、以下のものは飲食しないでください。

- ・すべての果物    ・果汁成分が含まれるすべての食品と飲料(アルコール飲料、酎ハイを含む)
- ・すべての清涼飲料水(炭酸飲料を含む)    ・栄養ドリンク    ・コーヒー    ・ナッツ類
- ・ヨーグルト、チーズ等の乳製品    ・サプリメント    ・総合感冒薬、眠気防止薬

※トルエン取扱者の尿中代謝物(馬尿酸)検査結果に影響を及ぼす物質に、「安息香酸」があります。「安息香酸」は、天然由来食品や食品添加物に多く含まれており、体内に吸収され肝臓での代謝を受けて、「馬尿酸」として尿中に排泄されます。

3 尿検査 採取時期について

- ・トルエン、キシレン、ノルマルヘキサン、N,N-ジメチルホルムアルデヒドを使用  
…連続した作業日の最初の日を除き、かつ作業時間帯の後半が望ましい
- ・1,1,1-トリクロルエタンを使用  
…連続した作業日のうち後半の作業日で、かつ作業時間帯の後半が望ましい

必ずお読みください

特殊健康診断は、労働安全衛生法令に基づき実施し、労働者には特殊健康診断の受診が義務付けられています。  
●ご自身の事情により本市が指定した特殊健康診断を受診されなかった場合や法定項目のうち一部の検査を省略された場合は、医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果を提出していただく必要があります。その際には、本市が指定した報告書に検査結果の記入及び医師の証明をもらったうえで提出してください。  
なお、医療機関等での受診及び当該報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。  
●個人情報の取扱について  
特殊健康診断結果については重要な個人情報ですので、本人への通知、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用(個人が特定できない状態で利用)等以外の目的には利用しません。  
また、個人情報の適切な取扱に関して、本市と健康診断委託業者とは契約を取り交わしています。

☐ 上記の内容について同意します。



大阪市職員雇入れ時健康診断受診票

所属コード	所属名	職員番号	氏名	性別	年齢	生年月日	健診種別
							雇入れ時

受診年月日	受診場所	時間	所属記入欄	
			放射線	有機

＜職種・作業態様について＞ ※所属担当者が記入してください。  ※労働安全衛生規則において、健康診断結果に基づく医師等からの意見聴取を行う上で必要となる情報と定められていますので、必ずご記入ください。	職種 (事務職・技術職など)	
	作業態様	<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業(重量物取扱等) <input type="checkbox"/> 深夜業務 <input type="checkbox"/> 宿日直勤務 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱業務 <input type="checkbox"/> 自動車・船舶・重機の運転 <input type="checkbox"/> 上記以外(自転車等)の運転 <input type="checkbox"/> 該当なし

I～Ⅶの各項目については、健康診断の判定の参考にしますので、必ず事前に記入してください。

I 自覚症状について

次の項目について、最近1か月間の症状で、該当するものに○印をつけてください。

項 目	ない	ある	項 目	ない	ある
01 疲れやすい・体がだるい			15 脇の下、乳房にしこりがある		
02 立ちくらみ・めまい・ふらつく			16 目が疲れる・かすむ・痛い		
03 動悸・息切れがする			17 視力がおちた気がする		
04 胸や心臓がしめつけられる、意識消失がある			18 目が乾いた感じがする		
05 咳・痰が出る			19 首・肩が痛い・こる・だるい		
06 口が渇く			20 手指や腕が痛い・しびれる		
07 尿の回数が多い			21 腰・背中が痛い・こる・だるい		
08 特に心当たりがないのに、この1年間に5kg以上やせた			22 足がしびれる		
09 20歳の時の体重から10kg以上増加した			23 頭が痛い・重い		
10 胃の調子が悪い			24 何となく不安がある		
11 便秘または下痢である			25 いらいらする		
12 食欲がない			26 夜中に何度も目が覚める		
13 尿がでにくい			27 明け方早く目が覚めて眠れない		
14 女性のみ回答 生理不順、不正出血がある			28 午前中は調子が悪い		
上記の他に気になる症状があれば記入してください。					

II 生活習慣について

次の項目について、該当する番号または数値を、回答欄に記入してください。

項目	設 問	回答欄										
29   飲 酒	(1)お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。	1:毎日 2:週5～6日 3:週3～4日 4:週1～2日 5:月に1～3日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない) (※「7:やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)										
	29(1)項目が1～6の者のみ回答											
	(2)飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。	1:1合未満 2:1～2合未満 3:2～3合未満 4:3～5合未満 5:5合以上 日本酒1合(15度・180ml)の目安(純アルコール約20g) <table><tr><td>ビール(5度)</td><td>焼酎(25度)</td><td>ワイン(14度)</td><td>ウイスキー(43度)</td><td>缶チューハイ(5度/7度)</td></tr><tr><td>500ml</td><td>110ml</td><td>180ml</td><td>60ml</td><td>500ml/350ml</td></tr></table>	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	缶チューハイ(5度/7度)	500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml
	ビール(5度)	焼酎(25度)	ワイン(14度)	ウイスキー(43度)	缶チューハイ(5度/7度)							
500ml	110ml	180ml	60ml	500ml/350ml								
(3)飲酒した翌朝に昨日のことを思い出せないことが、過去1年間にありますか。	1:ない 2:1か月に1回未満 3:1か月に1回 4:1週に1回 5:毎日あるいはほとんど毎日											
	(4)身近な人や医師等から飲酒について心配されたり、節酒を勧められることがありますか。	1:ない 2:あるが、過去1年間はない 3:過去1年以内にある										
30   た ば こ	※新型たばこ等を含む											
	(1)喫煙習慣	1:現在吸っている 2:以前は吸っていたが現在はやめた 3:吸わない										
	(2)喫煙年数、及び、本数 (30(1)項目が1、2の者)	A:通算喫煙年数 (禁煙期間を除き、過去の喫煙年数も含む) B:1日平均喫煙本数										
	(3)禁煙希望 (30(1)項目が1の者)	1:できれば禁煙したい 2:本数を減らしたい 3:禁煙したくない										
	(4)禁煙の取組み (30(3)項目が1、2の者)	1:既に実行している 2:1か月以内に実行したい 3:6か月以内に実行したい										
31   運 動	(1)1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事は含めない)										
	(2)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ますか。	1:はい 2:いいえ (※仕事を含む)										
	(3)ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1:はい 2:いいえ										
	(4)歩 数	1日の平均歩数 (※歩数計・アプリ等で把握している場合のみ記載)										
32  睡眠	(1)睡眠時間	最近1か月間の1日平均睡眠時間は、何時間ですか。(※整数の記載)										
	(2)睡眠で休養が十分とれていますか。	1:はい 2:いいえ										

項目	設 問	回答欄
33   食 事	(1)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
	(2)人と比較して食べる速度が速いですか。	1:速い 2:ふつう 3:遅い
	(3)就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ
	(4)朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
	(5)朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1:はい 2:いいえ

III あなたの既往歴などについて

あなたの既往歴などについて、下記より選び番号を記入してください。「31 その他の病気」の場合は、( )内に病名を記入してください。

【1】以前にかかった (【2】【3】以外)	【2】現在、服薬や注射による治療を行っている病気 (血圧を下げる薬を服用されている方は「03」、インスリン注射、又は血糖を下げる薬を服用されている方は「08」、コレステロールを下げる薬を服用されている方は「19」を必ず記入してください。)	【3】治療はしていないが、医療機関で定期的に検査や経過観察を行っている病気
( )	( )	( )

01 特になし	02 結核	03 高血圧	04 心筋梗塞	05 狭心症
06 脳梗塞	07 脳出血	08 糖尿病	09 胃がん	10 肺がん
11 大腸がん	12 肝がん	13 子宮がん	14 乳がん	15 肝硬変
16 肝炎	17 痛風・高尿酸血症	18 アルコール性肝疾患	19 脂質代謝異常(高コレステロール血症・高中性脂肪血症)	
20 腎疾患	21 腰痛	22 頸肩腕障害	23 むちうち症	24 眼精疲労
25 緑内障	26 白内障	27 弱視	28 斜位・斜視	29 メンタル不調・精神疾患など
30 貧血	31 その他の病気			

IV 家族の病歴について

家族の病歴について、下記より選び番号を記入してください。

祖父母	父母	きょうだい

0:該当なし 1:心臓病 2:糖尿病 3:高血圧 4:脳血管疾患(脳卒中)

V その他

女性の方のみ該当する番号を○で囲んでください。

0:該当なし 1:生理中 2:妊娠中(可能性あり)

※ 生理中の出血状況により尿検査の判定ができない場合、自己負担で医療機関にて尿検査を受けていただく必要があります。

裏面も記入してください。

----- ここから下は、記入しないでください。 -----

受診項目	受付	検尿	計測	腹囲	視力	血圧	採血	聴力	診察	心電図	胸X線	前回撮影区分	前回判定区分	
番号	受診		血液		心電図		胸部X線		前回受診日	前回X線番号				
食事	なし・あり		食後		計測	身長		体重		腹囲		尿検査	蛋白	糖
				h		cm		kg		cm				
視力検査 (遠方)	裸眼	右	視力検査 (近方)	裸眼	右	聴力検査	100Hz	右	所見なし・所見あり	血圧	①	調節機能	右	
	左	左		000Hz	左		所見なし・所見あり	②	左					
	矯正	右		右	4000Hz		右	所見なし・所見あり	眼位		右			
	左	左		左	000Hz		左	所見なし・所見あり			左			
										・正常 ・斜位疑い ・その他(未検査)	屈折			

診察所見

異常所見なし		101		所見	経過観察	要精密検査		眼	筋骨格
結膜 頸部 胸部	所見	経過観察	要精密検査	その他	109	119	00	N	N
	貧血	102	112				101	A	A
	黄疸	103	113				102	B1	B1
	甲状腺腫大	104	114				103	B2	B1
	リンパ節腫脹	105	115				104	D1	D1
	心雑音	106	116				105	D2	D2
	心音不整	107	117				D1とする理由:		
	呼吸音異常	108	118				R8		

産業医 記入欄	記入年月日	医師氏名	就業判定	その他特記事項
			<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 産業医面接指導	

情報機器(パソコンやタブレット端末等)を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業について  
次の項目について、回答または、該当するものに○印をつけてください。

Ⅵ 情報機器作業の業務歴について(大阪市入職前も含む)

34 あなたの業務歴における、情報機器作業の経験年数はどれくらいですか。  
年 カ月

Ⅶ 現在の情報機器作業の業務について

35 現在、業務で情報機器を使用していますか。  
1:はい(項目36へ) 2:いいえ(情報機器に関する質問は、この項目で終了です)

36 業務で情報機器を使用している作業内容について該当する番号に○印をつけてください。

番号	作業区分の定義	作業の例
1	1日に4時間以上情報機器作業を行う者であって次のいずれかに該当するもの (「作業中、常時ディスプレイを注視する、または入力装置を操作する必要がある」「作業中労働者の裁量で適宜休憩をとることや作業姿勢を変更することが困難である」)	例:コールセンターで相談対応、モニターによる監視・点検・編集・デザイン、プログラミング、CAD作業(設計・製図作業)、伝票処理、テープ起こし(音声の文書化作業)、データ入力
2	上記以外の情報機器作業者	上記の作業で4時間未満のもの、または、上記の作業で4時間以上ではあるが、労働者の裁量により休憩をとることができるもの、または、上記以外の情報機器を作業するもの(例:文書作成作業、経理業務等)

37 情報機器作業の1回の連続した使用時間は、1時間以内としていますか。  
1:はい 2:いいえ

38 一連続作業時間内において、1～2回程度の情報機器作業の小休止を設けていますか  
1:はい 2:いいえ

39 就業の前後又は休憩中に、ストレッチ等、軽い運動を行っていますか。  
1:はい 2:いいえ

Ⅷ 業務歴について

健康診断後の健康管理を行う際に必要となりますので、本市採用前の業務歴があれば記入してください。

職 種	業 務 内 容	業 務 年 数
例) 事務職、レントゲン技師、看護師、塗装工、販売員など	例) 一般企業で事務仕事、医療現場でレントゲン撮影、介護老人保健施設で介護業務、自動車整備工場で有機溶剤等を使用した塗装業務など	例) 5年 0月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

雇入れ時健康診断を受診される方へ

健康診断を受診するにあたり、あらかじめ下記の注意事項をよく読んでおいてください。  
Ⅰ 事前に、受診票のⅠ～Ⅶの各項目について、必要事項を記入してください。  
Ⅱ 医師の診察があるため、上半身の着脱が簡単な衣類を着用してください。  
Ⅲ めがねを使用している方は、必ず持参してください。(遠方用・近方用めがねを使用している方は両方)  
Ⅳ 健康診断当日は、この「大阪市職員定期健康診断受診票」を持参してください。

1 胸部X線検査について  
(1) 妊娠中又は妊娠している可能性のある方は、受付で申し出てください。  
(2) 胸部X線検査は、着衣のまま撮影します。正確な検査を行うため、無地のTシャツ又はボタンのない肌着で下になにもつけない状態に着替えていただきます。  
(3) ブラジャーはワイヤーの有無に関係なく、必ずはずしてください。また、アクセサリー、湿布薬等はずし、肌にはなにもつけないでください。  
\* 技師の判断で上半身の脱衣をお願いすることがあります。その際は指示に従っていただくよう、ご協力願います。  
(4) 特殊な機器(インスリンポンプ等)を装着している方は、胸部X線検査を実施する際には取り外す必要があります。取り外しできない場合は検査中止となりますので、健康診断受診のために機器の脱着を行ってよいかを、主治医に確認してください。なお、健康診断当日は医療者による取り外しは行っておりません。

2 血圧測定について  
高血圧のお薬は、飲水し服用したうえで健診を受診することが望ましいため、主治医に相談をしてください。

3 血液検査について  
(1) 受診前日は禁酒してください。  
(2) 午前中に受診する方については、前日の夕食は健康診断受付時間の10時間前までに済ませ、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。  
(3) 午後に受診する方については、当日は軽めの朝食とし、以後絶食してください。水は通常どおり飲んでください。  
\* 空腹時血液検査は、食後10時間以上であることとしています。午後に受診される方が健康診断当日に朝食を摂取され、食後採血時間が10時間未満となる場合は「食事あり」と判定されます。  
\* なんらかの疾病(糖尿病等)で治療中の方は、健診当日朝の服薬等について、主治医とよく相談してください。

《採血後の注意》  
・採血の後は、3～5分程度採血した部分を親指でしっかり押さえてください。その際絶対にもまないでください。止血を確認した後も、しばらくは無理な力を入れないでください。  
・採血後まれに皮下出血、痛みや腫れがみられることがありますが、ほとんどの場合は1週間から10日で自然に治ります。心配な方は所属の担当者に連絡してください。

4 心電図検査について  
心電図検査の際には、あらかじめストッキングを脱いでおいてください。

必ずお読みください

定期健康診断は、労働安全衛生法等に基づき、生活習慣病、胸部疾患(結核)の早期発見・早期治療を目的として実施し、労働者には、定期健康診断の受診が義務付けられています。  
●本市においては、生活習慣病の予防及び情報機器作業による健康障害の防止を目的として、法定外の検査項目も併せて実施しています。法定外の検査項目について、実施に同意しない場合は受診日までに直接または所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループへご連絡ください。  
●ご自身の事情により本市が指定した定期健康診断を受診されなかった場合や法定項目のうち一部の検査を省略された場合は、医療機関や他の健診機関等で実施した検査の結果を提出していただく必要があります。その際には、本市が指定した報告書に検査結果の記入及び医師の証明をもらったうえで提出してください。  
なお、医療機関等での受診及び当該報告書作成にかかる費用は自己負担となりますのでご了承ください。  
●受診に際して配慮が必要な事項がある場合は、事前に所属を通じて総務局人事部人事課厚生グループまでご相談ください。  
●個人情報の取扱について  
健康診断結果については重要な個人情報ですので、本人への通知、事後措置、就業判定、職員の健康管理事業、健康増進のための疫学的調査、結果解析のための保健統計資料の作成・学術研究での使用(個人が特定できない状態で利用)、及び、医療保険者が実施する保健事業以外の目的には利用しません。  
また、個人情報の適切な取扱に関して、本市と健康診断委託業者とは契約を取り交わしています。

☐ 上記の内容について同意します。

## 定期健康診断(復職者等)対象者データ受渡仕様書

業務名	令和8年度職員雇入れ時健康診断等業務委託(単価契約)	
ファイル名称	定期健康診断(復職者等)対象者データ	
媒体	電子媒体(電子メール)	
ファイル種別	シングルファイル	
データ形式	CSV形式(拡張子「.csv」又は「.txt」)	
行区切り文字	CR+LF	
漢字コード	シフトJIS	
ヘッダー／フッター	無	
見出し行	有	下記 ファイル項目レイアウトのとおり
備考		

ファイル項目レイアウト				
列	項目	項目型	桁数(参考)	項目設定内容
1	局コード	数値	2	基準日時点(受渡実施月1日)の所属コード
2	課・係コード	数値	3	基準日時点(受渡実施月1日)の課・係コード
3	職番西暦判定区分	数値	1	
4	職員番号	数値	7	
5	カナ氏名	半角カナ	41	職員の氏名(カナ)(姓と名の間に半角スペースを1文字入れる)
6	漢字姓名	全角かな	41	職員の氏名(漢字)(姓と名の間に半角スペースを1文字入れる) (全角の為MAX20文字)
7	性別	数値	1	1: 男、2: 女
8	生年月日	数値	8	YYYYMMDD(YYYYは西暦年、MMは月、DDは日)
9	年齢	数値	2	基準日時点(実施年度4月1日)の年齢
10	健康診断種別	数値	2	0: 第1種、1: 不使用、2: 第2種
11	健診機関コード	数値	3	別途指示
12	前回受診日	数値	8	YYYYMMDD(YYYYは西暦年、MMは月、DDは日)
13	前回X線フィルム番号	数値	4	
14	前回X線直接間接区分	数値	1	
15	前回X線判定区分	数値	2	
16	前回健診機関コード	数値	3	別途指示

## 特殊健康診断対象者データ受渡仕様書

業務名	令和8年度職員雇入れ時健康診断等業務委託(単価契約)	
ファイル名称	特殊健康診断対象者データ	
媒体	電子媒体(電子メール)	
ファイル種別	シングルファイル	
データ形式	CSV形式(拡張子「.csv」又は「.txt」)	
行区切り文字	CR+LF	
漢字コード	シフトJIS	
ヘッダー/フッター	無	
見出し行	有	別紙ファイル項目レイアウトのとおり
備考		

列	項目名	項目型	最大桁数	内容
A	所属(局コード)	数値	2	基準日時点(受渡実施月1日)の所属コード
B	所属(課・係コード)	数値	3	基準日時点(受渡実施月1日)の課・係コード
C	職番西暦判定区分	数値	1	
D	職員番号	数値	7	
E	カナ氏名	半角カナ	41	職員の氏名(カナ)(姓と名の間に半角スペースを1文字入れる)
F	氏名	全角かな	41	職員の氏名(漢字)(姓と名の間に半角スペースを1文字入れる)(全角の為MAX20文字)
G	性別	数値	1	1:男、2:女
H	生年月日	数値	8	YYYYMMDD
I	年齢	数値	2	基準日時点(実施年度4月1日)の年齢
J	健康診断種別	数値	2	10:電離放射線、11:有機溶剤、12:電離放射線及び有機溶剤
K	健診機関コード	数値	3	別途指示
L	溶剤コード1	数値	2	01～55 「溶剤名リスト」参照
M	溶剤コード2	数値	2	
N	溶剤コード3	数値	2	
O	溶剤コード4	数値	2	
P	溶剤コード5	数値	2	
Q	溶剤コード6	数値	2	
R	溶剤コード7	数値	2	
S	溶剤コード8	数値	2	
T	溶剤コード9	数値	2	
U	溶剤コード10	数値	2	
V	溶剤コード11	数値	2	
W	溶剤コード12	数値	2	
X	溶剤コード13	数値	2	
Y	溶剤コード14	数値	2	
Z	溶剤コード15	数値	2	
AA	溶剤コード16	数値	2	
AB	溶剤コード17	数値	2	
AC	溶剤コード18	数値	2	
AD	溶剤コード19	数値	2	
AE	溶剤コード20	数値	2	
AF	健診日	数値	8	(直近1回前)
AG	裸眼右(遠方)	数値	3	(直近1回前)
AH	裸眼左(遠方)	数値	3	(直近1回前)
AI	矯正右(遠方)	数値	3	(直近1回前)
AJ	矯正左(遠方)	数値	3	(直近1回前)
AK	眼底	数値	1	(直近1回前)
AL	比較視力	数値	1	(直近1回前)

溶剤コード	溶剤名	別名
01	アセトン	
02	イソブチルアルコール	
03	イソプロピルアルコール	
04	イソペンチルアルコール	イソアミルアルコール
05	エチルエーテル	
06	エチレングリコールモノエチルエーテル	セルソルブ
07	エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート	セロソルブアセテート
08	エチレングリコールモノ-ノルマル-ブチルエーテル	ブチルセロソルブ
09	エチレングリコールモノメチルエーテル	メチルセロソルブ
10	オルト-ジクロルベンゼン	
11	キシレン	
12	クレゾール	
13	クロルベンゼン	
15	酢酸イソブチル	
16	酢酸イソプロピル	
17	酢酸イソペンチル	酢酸イソアミル
18	酢酸エチル	
19	酢酸ノルマル-ブチル	
20	酢酸ノルマル-プロピル	
21	酢酸ノルマル-ペンチル	酢酸ノルマル-アミル
22	酢酸メチル	
24	シクロヘキサノール	
25	シクロヘキサノン	
28	1,2-ジクロルエチレン	
30	N,N-ジメチルホルムアミド	
34	テトラヒドロフラン	
35	1,1,1-トリクロルエタン	
37	トルエン	
38	二硫化炭素	
39	ノルマルヘキサン	
40	1-ブタノール	
41	2-ブタノール	
42	メタノール	
44	メチルエチルケトン	
45	メチルシクロヘキサノール	
46	メチルシクロヘキサノン	
47	メチル-ノルマル-ブチルケトン	
48	ガソリン	
49	コールタールナフサ	
50	石油エーテル	
51	石油ナフサ	
52	石油ベンジン	
53	テレピン油	
54	ミネラルスピリット	
55	前各号に掲げるもののみからなる混合物	



## 雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書

業務名	令和8年度雇入れ時健康診断等業務委託(単価契約)	
ファイル名称	雇入れ時健康診断等結果データ	
媒体	記録媒体(CD-R、DVD-Rなど)	
ファイル種別	シングルファイル	
データ形式	CSV形式(拡張子「.csv」)	
行区切り文字	CR+LF	
漢字コード	シフトJIS	
ヘッダー／フッター	無	
見出し行	有	以下、結果レイアウトのとおり
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録媒体を受注者にて用意すること</li> <li>・記録媒体にはラベルを貼付する等し、ファイル名称及び該当実施期間を明記すること</li> <li>・個人情報保護の観点からファイルにパスワードを設定する等の措置を講じること</li> <li>・カンマ区切り、1レコード毎に改行(CR+LF)を入れるCSVファイル形式とすること</li> <li>・数値データの小数点位置が指定されている場合、小数点以下が「0」となっても、指定どおりの小数点以下桁数を出力すること(数値などの桁数が最大桁数に達しない場合でもゼロサプレスは行わないこと)</li> <li>・結果が無い項目については、値を入力しないこと(スペースや0は入力しないこと「&lt;例&gt; 正: ,, 誤: , ,」)</li> </ul>	

雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書  
(結果レイアウト)

(Y-31)

列	項目		項目型	最大桁数	小数点以下桁数	内容
A	局	局コード	数値	2		2桁
B	課係	課・係コード	数値	3		3桁
C	職員番号	職員番号	数値	7		7桁
D	氏名	カナ氏名	半角カナ	41		
E	性別	性別	数値	1		1:男性、 2:女性
F	生年月日	生年月日	数値	8		※YYYYMMDD(YYYYは西暦年、MMは月、DDは日)
G	年齢	年齢	数値	2		
H	健診日	健診日	数値	8		※YYYYMMDD(YYYYは西暦年、MMは月、DDは日)
I	受診No.	受診No.	数値	10		
J	身長	身体計測 身長(cm)	数値	5	1	空欄:未検査
K	体重	体重(kg)	数値	5	1	空欄:未検査
L	腹囲	腹囲(cm)	数値	5	1	空欄:未検査
M	BMI	BMI指数	数値	4	1	空欄:未検査
N	妊娠区分	妊娠区分	数値	1		0:該当なし、 1:妊娠中(可能性含む)、 空欄:回答なし
O	裸眼右	遠方視力 裸眼 右	数値	3	1	0.1未満の場合は9.9と入力する
P	裸眼左	裸眼 左	数値	3	1	空欄:未検査
Q	矯正右	矯正 右	数値	3	1	
R	矯正左	矯正 左	数値	3	1	
S	最高血圧	最高血圧 (mmHg)	数値	3		空欄:未検査
T	最低血圧	最低血圧 (mmHg)	数値	3		空欄:未検査
U	心電図No.	心電図検査 番号	数値	8		空欄:未検査
V	心電図区分	区分	数値	3		判定基準表参照 該当する区分コードを入力
W	心電図所見1	所見1	文字列	20		コメント20文字まで(全角) 空欄:なし
X	心電図所見2	所見2	文字列	20		
Y	心電図所見3	所見3	文字列	20		
Z	心電図所見4	所見4	文字列	20		
AA	心拍数	心拍数	数値	3		空欄:未検査
AB	心胸比	心胸比	数値	2		00:55未満、55以上:整数、空欄:未検査
AC	胸X線No.	胸部X線番号	数値	8		空欄:未検査
AD	胸X線撮影区分	胸部X線撮影区分	数値	2		2:直接撮影、3:コンピュータ撮影、空欄:未検査
AE	胸X線区分	胸部X線区分	英数字	2		D3,D2,E1,E3 空欄:未検査
AF	胸X線所見1	胸部X線所見 胸部X線所見1	英数字	2		「胸部X線所見区分」参照
AG	胸X線所見2	胸部X線所見2	英数字	2		該当する所見コードを入力
AH	胸X線所見3	胸部X線所見3	英数字	2		
AI	胸X線所見4	胸部X線所見4	英数字	2		
AJ	胸X線前回区分	胸部X線前回区分	英数字	2		D3,D2,E1,E2,E3 空欄:未検査
AK	血液検査	血液検査	英数字	8		“ * * * * * ”固定
AL	AST(GOT)	血液検査結果 AST(GOT)(U/L)	数値	5		空欄:未検査
AM	ALT(GPT)	ALT(GPT)(U/L)	数値	5		空欄:未検査
AN	γ-GT(γ-GTP)	γ-GT(γ-GTP)(U/L)	数値	5		空欄:未検査
AO	HDL-CH	HDLコレステロール(mg/dL)	数値	5		空欄:未検査
AP	LDL-CH	LDLコレステロール(mg/dL)	数値	5		空欄:未検査
AQ	中性脂肪	中性脂肪(mg/dL)	数値	5		空欄:未検査
AR	CRE	クレアチニン(mg/dL)	数値	6	1	空欄:未検査
AS	尿酸	尿酸(mg/dL)	数値	6	1	空欄:未検査
AT	血糖	血糖(mg/dL)	数値	5		空欄:未検査
AU	白血球	白血球(×100/mm <sup>3</sup> )	数値	5		空欄:未検査
AV	赤血球	赤血球(×1万/mm <sup>3</sup> )	数値	5		空欄:未検査
AW	HT	ヘマトクリット(%)	数値	6	1	空欄:未検査
AX	HB	ヘモグロビン(g/dL)	数値	6	1	空欄:未検査
AY	HbA1c	HbA1c(%)	数値	6	1	空欄:未検査
AZ	尿蛋白	尿検査 蛋白	数値	1		0:-、1:＋、2:＋、3:＋＋、4:＋＋＋、5:＋＋＋＋、空欄:未検査
BA	尿糖	糖	数値	1		空欄:未検査
BB	生理区分	生理区分	数値	1		0:該当なし、 1:生理中、 空欄:回答なし
BC	聴力1K右	1000Hz 右 (会話法)	数値	1		0:所見なし、 1:所見あり、 空欄:未検査
BD	聴力1K左	1000Hz 左 (会話法)	数値	1		判定基準については「判定基準表」(Y-8)参照
BE	聴力4K右	4000Hz 右	数値	1		
BF	聴力4K左	4000Hz 左	数値	1		
BG	近方裸右	近方視力 裸眼 右	数値	3	1	0.1未満の場合は9.9と入力する
BH	近方裸左	裸眼 左	数値	3	1	空欄:未検査
BI	近方裸両	裸眼 両目	数値	3	1	
BJ	近方矯右	矯正 右	数値	3	1	
BK	近方矯左	矯正 左	数値	3	1	
BL	近方矯両	矯正 両目	数値	3	1	
BM	調節機能距離右	調節機能距離 右 (cm)	数値	5	1	201以上の場合は999.0と入力する
BN	調節機能距離左	左 (cm)	数値	5	1	空欄:未検査
BO	屈折右	屈折 右	数値	1		0:(-)、 1:(±)、 2:(+)、 空欄:未検査
BP	屈折左	左	数値	1		0:(-)、 1:(±)、 2:(+)、 空欄:未検査
BQ	眼位	眼位	数値	1		0:正常、2:斜位(疑い含む)、空欄:未検査
BR	診察所見1	診察所見 1	数値	3		「診察所見」参照
BS	診察所見2	2	数値	3		該当する所見コードを入力
BT	診察所見3	3	数値	3		
BU	診察所見4	4	数値	3		
BV	診察所見5	5	数値	3		
BW	診察所見6	6	数値	3		
BX	診察所見7	7	数値	3		
BY	診察所見8	8	数値	3		
BZ	診察所見9その他	その他	文字列	20		コメント20文字まで(全角) 空欄:回答なし



雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書  
(結果レイアウト)

(Y-31)

列	項目		項目型	最大桁数	小数点以下桁数	内容
CA	問診01	自覚症状	疲れやすい・体がだるい	数値	1	0: ない、1: ある
CB	問診02		立ちくらみ・めまい・ふらつく	数値	1	
CC	問診03		動悸・息切れがする	数値	1	
CD	問診04		胸や心臓がしめつけられる	数値	1	
CE	問診05		咳・痰がでる	数値	1	
CF	問診06		口が渇く	数値	1	
CG	問診07		尿の回数が多い	数値	1	
CH	問診08		特に心当たりがないのに、この1年間に5kg以上やせた	数値	1	
CI	問診09		20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	数値	1	
CJ	問診10		胃の調子が悪い	数値	1	
CK	問診11		便秘または下痢である	数値	1	
CL	問診12		食欲がない	数値	1	
CM	問診13		尿がでにくい	数値	1	
CN	問診14		生理不順、不正出血がある(女性のみ)	数値	1	
CO	問診15		脇の下、乳房にしこりがある	数値	1	
CP	問診16		目が疲れる・かすむ・痛い	数値	1	
CQ	問診17		視力がおちた気がする	数値	1	
CR	問診18		目が乾いた感じがする	数値	1	
CS	問診19		首・肩が痛い・こる・だるい	数値	1	
CT	問診20		手指や腕が痛い・しびれる	数値	1	
CU	問診21		腰・背中が痛い・こる・だるい	数値	1	
CV	問診22		足がしびれる	数値	1	
CW	問診23		頭が痛い・重い	数値	1	
CX	問診24		何となく不安がある	数値	1	
CY	問診25		いらいらする	数値	1	
CZ	問診26		夜中に何度も目が覚める	数値	1	
DA	問診27		明け方早く目が覚めて眠れない	数値	1	
DB	問診28		午前中は調子が悪い	数値	1	
DC	問診その他		その他	文字列	20	コメント20文字まで(全角) 空欄: 回答なし
DD	問診29	生活習慣	飲酒回数	数値	1	1: 毎日、2: 週5～6日、3: 週3～4日、4: 週1～2日、5: 月1～3日、6: 月に1日未満、7: やめた、8: 飲まない(飲めない)
DE			飲酒日の1日あたりの飲酒量(上記7.8以外の者)	数値	1	1: 1合未満 2: 1～2合未満 3: 2～3合未満 4: 3～5合未満 5: 5合以上
DF			飲酒した翌朝に昨日のことを思い出せないことが、過去1年間に、	数値	1	1: ない、2: 1か月に1回未満、3: 1か月に1回、4: 1週に1回、5: 毎日あるいはほとんど毎日
DG			他者から飲酒について心配されたり、節酒を勧められることが、	数値	1	1: ない、2: あるが、過去1年間はない、3: 過去1年以内にある
DH	問診30		喫煙習慣	数値	1	1: 現在吸っている、2: 以前は吸っていたが現在はやめた、3: 吸わない
DI			通算喫煙年数	数値	2	( A )年
DJ			1日平均喫煙本数	数値	3	( B )本
DK			禁煙希望	数値	1	1: できれば禁煙したい、2: 本数を減らしたい、3: 禁煙したくない
DL			禁煙の取組	数値	1	1: 既に実行している、2: 1か月以内に実行したい、3: 6か月以内に実行したい
DM			ブリンクマン指数	数値	4	( A × B )を算出
DN	問診31		1年以上の運動習慣(1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上)	数値	1	1: はい、2: いいえ
DO			日常生活での歩行等(1日1時間以上)	数値	1	1: はい、2: いいえ
DP			歩行速度が速い	数値	1	1: はい、2: いいえ
DQ			1日の平均歩数	数値	6	空欄: 不明。受診者が歩数計等で把握している場合のみ回答。
DR	問診32		平均睡眠時間	数値	2	単位: 時間
DS			睡眠による十分な休養がとれている	数値	1	1: はい、2: いいえ
DT	問診33		咀嚼について	数値	1	1: 問題なし、2: かみにくい、3: ほとんどかめない
DU			食べる速度	数値	1	1: 速い、2: ふつう、3: 遅い
DV			就寝前2時間以内の夕食が週3回	数値	1	1: はい、2: いいえ
DW			間食の摂取	数値	1	1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど摂取しない
DX			朝食抜き週3回以上	数値	1	1: はい、2: いいえ
DY	問診34	情報機器関係	情報機器作業経験年数	数値	3	単位: 月
DZ	問診35		現在使用しているか	数値	1	1: はい、2: いいえ
EA	問診36		情報機器作業内容	数値	1	1: 1日に4時間以上情報機器作業を行う者であって次のいずれかに該当するもの(「作業中、常時ディスプレイを注視する、または入力装置を操作する必要がある」「作業中労働者の裁量で適宜休憩をとることや作業姿勢を変更することが困難である」) 2: 1以外の情報機器作業
EB	問診37		連続使用時間は1時間以内か	数値	1	1: はい、2: いいえ
EC	問診38		一連続作業時間内で小休止を設けているか	数値	1	1: はい、2: いいえ
ED	問診39		就業の前後又は休憩中にストレッチ等、軽い運動を行っているか	数値	1	1: はい、2: いいえ
EE	既往歴1		1	数値	3	「既往歴・現病歴区分」参照 該当する所見コードを入力
EF	既往歴2		2	数値	3	
EG	既往歴3		3	数値	3	

雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書  
(結果レイアウト)

(Y-31)

列	項目		項目型	最大桁数	小数点以下桁数	内容
EH	既往歴4		4	数値	3	
EI	既往歴5		5	数値	3	
EJ	既往歴6		6	数値	3	
EK	既往歴その他		その他	文字列	20	
EL	現疾病1	現疾病 (治療中)	1	数値	3	コメント20文字まで(全角) 空欄:回答なし ※上記1～6のいずれかに「131:その他の病気を」を入力のうえ、入力すること。 「既往歴・現病歴区分」参照 該当する所見コードを入力
EM	現疾病2		2	数値	3	
EN	現疾病3		3	数値	3	
EO	現疾病4		4	数値	3	
EP	現疾病5		5	数値	3	
EQ	現疾病6		6	数値	3	
ER	現疾病その他		その他	文字列	20	
ES	現疾病1	現疾病 (治療中 でない)	1	数値	3	コメント20文字まで(全角) 空欄:回答なし ※上記1～6のいずれかに「131:その他の病気を」を入力のうえ、入力すること。 「既往歴・現病歴区分」参照 該当する所見コードを入力
ET	現疾病2		2	数値	3	
EU	現疾病3		3	数値	3	
EV	現疾病4		4	数値	3	
EW	現疾病5		5	数値	3	
EX	現疾病6		6	数値	3	
EY	現疾病その他		その他	文字列	20	
EZ	祖父母心臓病	祖父母	心臓病	数値	1	0:該当なし、 1:該当、 空欄:不明なもの等
FA	祖父母糖尿病		糖尿病	数値	1	
FB	祖父母高血圧		高血圧	数値	1	
FC	祖父母脳血管疾患		脳血管疾患(脳卒中)	数値	1	
FD	父母心臓病	父母	心臓病	数値	1	
FE	父母糖尿病		糖尿病	数値	1	
FF	父母高血圧		高血圧	数値	1	
FG	父母脳血管疾患		脳血管疾患(脳卒中)	数値	1	
FH	兄弟心臓病	兄弟	心臓病	数値	1	
FI	兄弟糖尿病		糖尿病	数値	1	
FJ	兄弟高血圧		高血圧	数値	1	
FK	兄弟脳血管疾患		脳血管疾患(脳卒中)	数値	1	
FL	判定計測	機能別判定	計測	数値	3	
FM	判定血中脂質		血中脂質	数値	3	
FN	判定肝機能		肝機能	数値	3	
FO	判定尿酸		尿酸	数値	3	
FP	判定貧血		貧血	数値	3	
FQ	判定血液		血液	数値	3	
FR	判定腎機能		腎機能	数値	3	
FS	判定糖代謝		糖代謝	数値	3	
FT	判定循環器		循環器系	数値	3	
FU	判定胸部X線		胸部X線	数値	3	
FV	判定診察所見		診察所見	数値	3	
FW	総合判定		総合判定	数値	3	
FX	指導CM01	指導コメント	1	数値	3	「判定基準表」(Y-8)参照 該当するコメントコードを入力
FY	指導CM02		2	数値	3	
FZ	指導CM03		3	数値	3	
GA	指導CM04		4	数値	3	
GB	指導CM05		5	数値	3	
GC	指導CM06		6	数値	3	
GD	指導CM07		7	数値	3	
GE	指導CM08		8	数値	3	
GF	指導CM09		9	数値	3	
GG	指導CM10		10	数値	3	
GH	指導CM11		11	数値	3	
GI	指導CM12		12	数値	3	
GJ	指導CM13		13	数値	3	
GK	指導CM14		14	数値	3	
GL	指導CM15		15	数値	3	
GM	指導CM16		16	数値	3	
GN	指導CM17		17	数値	3	
GO	指導CM18		18	数値	3	
GP	指導CM19		19	数値	3	
GQ	指導CM20		20	数値	3	
GR	指導CM21		21	数値	3	
GS	指導CM22		22	数値	3	
GT	指導CMその他		その他	文字列	20	
GU	食事	食事		数値	1	0:なし、 1:あり
GV	診療区分	診療区分		英数字	1	0:1種、 1:雇入れ、 2:2種、 4:特定(第2回定期)
GW	情報機器(眼)	情報機器	眼	数値	3	「情報機器」区分参照
GX	情報機器(筋骨格)	判定	筋骨格	数値	3	該当する医療区分コードを入力
GY	診察医師名	氏名		文字列	15	全角
GZ	健診機関	受診健診機関コード		数値	3	3桁(別途指示)

## 雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書

胸部X線所見区分					
所見コード	所 見	所見コード	所 見	所見コード	所 見
B1	両肺浸潤様陰影	L2	左肺腫瘤様陰影	S3	脊椎粒状影・不整形陰影
B2	両肺腫瘤様陰影	L3	左肺粒状影・不整形陰影	S4	脊椎その他の異常陰影
B3	両肺粒状影・不整形陰影	L4	左肺その他の異常陰影	S5	脊椎心陰影及び大血管の異常
B4	両肺その他の異常陰影	L5	左側心陰影及び大血管の異常	T1	胸郭浸潤様陰影
B5	両側心陰影及び大血管の異常	M1	縦隔浸潤様陰影	T2	胸郭腫瘤様陰影
R1	右肺浸潤様陰影	M2	縦隔腫瘤様陰影	T3	胸郭粒状影・不整形陰影
R2	右肺腫瘤様陰影	M3	縦隔粒状影・不整形陰影	T4	胸郭その他の異常陰影
R3	右肺粒状影・不整形陰影	M4	縦隔その他の異常陰影	T5	胸郭心陰影及び大血管の異常
R4	右肺その他の異常陰影	M5	縦隔心陰影及び大血管の異常	P1	胸水貯留
R5	右側心陰影及び大血管の異常	S1	脊椎浸潤様陰影	O1	その他
L1	左肺浸潤様陰影	S2	脊椎腫瘤様陰影	空欄	所見なし

既往歴・現病歴区分					
所見コード	所 見	所見コード	所 見	所見コード	所 見
101	特になし	112	肝がん	123	むちうち症
102	結核	113	子宮がん	124	眼精疲労
103	高血圧	114	乳がん	125	緑内障
104	心筋梗塞	115	肝硬変	126	白内障
105	狭心症	116	肝炎	127	弱視
106	脳梗塞	117	痛風・高尿酸血症	128	斜位・斜視
107	脳出血	118	アルコール性肝疾患	129	精神疾患(メンタル不調など)
108	糖尿病	119	脂質異常症(高コレステロール血症・高中性脂肪血症など)	130	貧血
109	胃がん	120	腎疾患	131	その他の病気
110	肺がん	121	腰痛	空欄	未回答
111	大腸がん	122	頸肩腕障害		

## 雇入れ時健康診断等結果データ受渡仕様書

診察所見		指導コメント	
所見	所見コード	指導コメントコード	コメント
異常所見なし	101		
貧血(経過観察)	102	145	診察所見で結膜貧血が認められます。
黄疸(経過観察)	103	146	診察所見で黄疸が認められます。
甲状腺腫大(経過観察)	104	147	診察所見で甲状腺腫大が認められます。
リンパ節腫脹(経過観察)	105	148	診察所見でリンパ節腫脹が認められます。
心雑音(経過観察)	106	149	診察所見で心雑音が認められます。
心音不整(経過観察)	107	150	診察所見で心音不整が認められます。
呼吸音異常(経過観察)	108	151	診察所見で呼吸音異常が認められます。
その他(経過観察)	109	152	診察所見で所見が認められます。(文字入力された内容)
貧血(精密検査)	112	145	診察所見で結膜貧血が認められます。
黄疸(精密検査)	113	146	診察所見で黄疸が認められます。
甲状腺腫大(精密検査)	114	147	診察所見で甲状腺腫大が認められます。
リンパ節腫脹(精密検査)	115	148	診察所見でリンパ節腫脹が認められます。
心雑音(精密検査)	116	149	診察所見で心雑音が認められます。
心音不整(精密検査)	117	150	診察所見で心音不整が認められます。
呼吸音異常(精密検査)	118	151	診察所見で呼吸音異常が認められます。
その他(精密検査)	119	152	診察所見で所見が認められます。(文字入力された内容)

## 特殊健康診断結果データ受渡仕様書

業務名	令和8年度雇入れ時健康診断等業務委託(単価契約)	
ファイル名称	特殊健康診断結果データ	
媒体	電子媒体(電子メール)	
ファイル種別	シングルファイル	
データ形式	CSV形式(拡張子「.csv」)	
行区切り文字	CR+LF	
漢字コード	シフトJIS	
ヘッダー／フッター	無	
見出し行	有	以下ファイル項目レイアウトのとおり
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録媒体を受注者にて用意すること</li> <li>・カンマ区切り、1レコード毎に改行(CR+LF)を入れるCSVファイル形式とすること</li> <li>・個人情報保護の観点からファイルにパスワードを設定する等の措置を講じること</li> <li>・数値データの小数点位置が指定されている場合、小数点以下が「0」となっても、指定どおりの小数点以下桁数を出力すること(数値などの桁数が最大桁数に達しない場合でもゼロサプレスは行わないこと)</li> <li>・結果が無い項目については、値を入力しないこと(スペースや0は入力しないこと「&lt;例&gt; 正: ,, 誤: , ,」)</li> </ul>	

特殊健康診断結果データ受渡仕様書  
結果レイアウト

列	項目名		項目型	最大桁数	入力制限	内容及び注意事項
A	局	局コード	数値	2		2桁
B	課係	課・係コード	数値	3		3桁
C	職員番号	職員番号	数値	7		7桁
D	氏名	カナ氏名	半角カナ	17		
E	性別	性別	数値	1		1:男性 2:女性
F	職員区分	職員区分	数値	1		空欄指定
G	健診日	健診日	数値	8		※YYYYMMDD(YYYYは西暦年)
H	放射線健診区分	放射線	放射線健康診断	数値	1	1:雇入れ時 2:配置替え時(復職時も含む) 3:定期、4:非該当 ※有機溶剤業務従事者健康診断のみの対象の場合は「4:非該当」とする。
I	放射線現職経験		現職経験年数	数値	4	YYMM(〇年〇ヶ月)
J	放射線前職経験		前職経験年数	数値	4	YYMM(〇年〇ヶ月)、「なし」の場合は、「0000」とする。
K	業務内容①		業務内容①	数値	2	
L	業務内容②		業務内容②	数値	2	01:X線装置使用、02:加速装置使用、03:ガス抜き、04:機器取扱、
M	業務内容③		業務内容③	数値	2	05:γ線写真撮影、06:汚染物取扱、07:核燃料取扱、08:原子炉運
N	業務内容④		業務内容④	数値	2	転、09:核原料採掘
O	業務内容⑤		業務内容⑤	数値	2	
P	線源①		線源①	数値	2	
Q	線源②		線源②	数値	2	10:医療用X線、11:撮影用X線、12:透視用X線、13:分析用X線、14:
R	線源③		線源③	数値	2	その他のX線、15:加速装置、16:X線管、17:ケントロン、18:医療用γ
S	線源④		線源④	数値	2	線、19:工業用γ線、20:γ線以外の機器、21:放射性物質、22:原子
T	線源⑤		線源⑤	数値	2	炉、23:ラドンガス
U	実効線量累計		前回健診時までの実効線量(累計mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
V	実効線量(外部)		外部被ばくによるもの(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
W	実効線量(内部)		内部被ばくによるもの(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
X	実効線量(事故)		事故等によるもの(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
Y	実効線量(合計)		合計線量(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
Z	等価水晶体(事故以外)		事故等以外(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AA	等価水晶体(事故)		事故等(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AB	等価水晶体(合計)		合計(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AC	等価皮膚(事故以外)		事故等以外(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AD	等価皮膚(事故)		事故等(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AE	等価皮膚(合計)		合計(mSv)	数値	5	1:回答なしの場合:0
AF	作業頻度	放射線	作業頻度	数値	1	1:月に数回 2:週に数回 3:毎日
AG	平均作業時間		1日あたりの平均作業時間	数値	1	1:1時間未満、2:1~4時間未満、3:4~8時間未満、4:8時間以上
AH	保護具の着用		保護具の着用	数値	1	1:なし 2:あり
AI	自覚症状1	自覚症状 (放射線)	自覚症状①	数値	2	00:なし、01:疲れやすい・体がだるい、02:立ちくらみ・めまい、03:熱が出やすい、
AJ	自覚症状2		自覚症状②	数値	2	04:急な体重減少、05:胸焼け、06:胃痛、07:下痢、08:便秘、09:便に血が混じる、
AK	自覚症状3		自覚症状③	数値	2	10:血が止まりにくい、11:皮下出血、12:眼のかすみ・見えにくさ、13:白内障(混濁
AL	自覚症状4		自覚症状④	数値	2	含む)あり、14:咳・痰 15:痰に血が混じる、16:皮膚に治りにくい傷・赤い斑点、
AM	自覚症状5		自覚症状⑤	数値	2	17:皮膚のかゆみ・荒れ・乾燥・浸潤、18:皮膚の黄色、19:手足のしびれ・痛み、
AN	自覚症状6		自覚症状⑥(その他)	文字列	20	20:手足の先が冷えやすい、21:手指の振戦・感覚なし、22:手指が腫れる、23:手
AO	既往歴1	既往歴 (放射線)	既往歴①	数値	2	足の関節が痛む、24:その他
AP	既往歴2		既往歴②	数値	2	※上記①には必ずいずれかの入力があること。
AQ	既往歴3		既往歴③	数値	2	コメント20文字まで
AR	既往歴4		既往歴④	数値	2	※上記①～⑤のいずれかに「24:その他」を入力のうえ入力すること。
AS	既往歴5		既往歴⑤	数値	2	01:特になし、02:血液疾患(貧血など)、03:皮膚疾患(アトピー性皮膚
AT	既往歴6		既往歴⑥(その他)	文字列	20	炎など)、04:眼疾患(白内障など)、05:消化器疾患(胃潰瘍など)、06:
AU	現疾病1	現病歴 (放射線)	現病歴①	数値	2	循環器疾患(心筋梗塞など)、07:呼吸器疾患(喘息など)、08:内分泌
AV	現疾病2		現病歴②	数値	2	疾患(甲状腺機能低下など)、09:その他の病気
AW	現疾病3		現病歴③	数値	2	※上記①には必ずいずれかの入力があること。
AX	現疾病4		現病歴④	数値	2	コメント20文字まで
AY	現疾病5		現病歴⑤	数値	2	※上記①～⑤のいずれかに「09:その他の病気」を入力のうえ入力すること。
AZ	現疾病6		現病歴⑥(その他)	文字列	20	コメント20文字まで(全角)
BA	軽微 他覚所見1	他覚所見 (診察所見)	軽微な所見①	数値	2	※上記①～③のいずれかに「71:その他」を入力のうえ入力すること。
BB	軽微 他覚所見2		軽微な所見②	数値	2	00:所見なし、11:結膜(貧血)、21:眼(水晶体の混濁)、31:皮膚(発赤)、41:
BC	軽微 他覚所見3		軽微な所見③	数値	2	皮膚(乾燥又は皸じわ)、51:皮膚(潰瘍)、61:皮膚(爪の異常)、71:その他
BD	軽微 他覚所見4		軽微な所見④(その他)	文字列	20	※上記①には必ずいずれかの入力があること。
BE	中等度 他覚所見1		中等度以上の所見①	数値	2	コメント20文字まで(全角)
BF	中等度 他覚所見2		中等度以上の所見②	数値	2	※上記①～③のいずれかに「71:その他」を入力のうえ入力すること。
BG	中等度 他覚所見3		中等度以上の所見③	数値	2	00:所見なし、12:結膜(貧血)、22:眼(水晶体の混濁)、32:皮膚(発赤)、42:
BH	中等度 他覚所見4		中等度以上の所見④(その他)	文字列	20	皮膚(乾燥又は皸じわ)、52:皮膚(潰瘍)、62:皮膚(爪の異常)、72:その他
BI	関連あり 他覚所見1		業務との関連のある所見①	数値	2	※上記①には必ずいずれかの入力があること。
BJ	関連あり 他覚所見2		業務との関連のある所見②	数値	2	コメント20文字まで(全角)
BK	関連あり 他覚所見3		業務との関連のある所見③	数値	2	※上記①～⑤のいずれかに「71:その他(軽微)」または「72:その他(中等度以
BL	関連あり 他覚所見4		業務との関連のある所見④	数値	2	上)」を入力のうえ入力すること。
BM	関連あり 他覚所見5		業務との関連のある所見⑤	数値	2	00:所見なし
BN	関連あり 他覚所見6(その他)		業務との関連のある所見⑥(その他)	文字列	20	(軽微)



特殊健康診断結果データ受渡仕様書  
結果レイアウト

列	項目名		項目型	最大桁数	コメント	内容及び注意事項
BO	有機健診区分	有機溶剤健康診断	数値	1		1:雇入れ時 2:配置替え時(復職時も含む) 3:定期、4:非該当 ※電離放射線業務従事者健康診断のみの対象の場合は「4:非該当」とする。
BP	現職経歴	現職経歴年数	数値	4		YYMM(〇年〇ヶ月)
BQ	前職経歴	前職経歴年数	数値	4		YYMM(〇年〇ヶ月)、「なし」の場合は「0000」とする。
BR	取扱溶剤①	溶剤名①	数値	2		01～55 「溶剤名リスト」参照
BS	取扱溶剤②	溶剤名②	数値	2		
BT	取扱溶剤③	溶剤名③	数値	2		
BU	取扱溶剤④	溶剤名④	数値	2		
BV	取扱溶剤⑤	溶剤名⑤	数値	2		
BW	取扱溶剤⑥	溶剤名⑥	数値	2		
BX	取扱溶剤⑦	溶剤名⑦	数値	2		
BY	取扱溶剤⑧	溶剤名⑧	数値	2		
BZ	取扱溶剤⑨	溶剤名⑨	数値	2		
CA	取扱溶剤⑩	溶剤名⑩	数値	2		
CB	取扱溶剤⑪	溶剤名⑪	数値	2		
CC	取扱溶剤⑫	溶剤名⑫	数値	2		
CD	取扱溶剤⑬	溶剤名⑬	数値	2		
CE	取扱溶剤⑭	溶剤名⑭	数値	2		
CF	取扱溶剤⑮	溶剤名⑮	数値	2		
CG	取扱溶剤⑯	溶剤名⑯	数値	2		
CH	取扱溶剤⑰	溶剤名⑰	数値	2		
CI	取扱溶剤⑱	溶剤名⑱	数値	2		
CJ	取扱溶剤⑲	溶剤名⑲	数値	2		
CK	取扱溶剤⑳	溶剤名⑳	数値	2		
CL	溶剤使用量①	半年間職場全体での使用量①	文字列	20		コメント20文字まで(使用量(単位も含む)) (取扱溶剤①に対しての溶剤使用量①とすること。)
CM	溶剤使用量②	半年間職場全体での使用量②	文字列	20		
CN	溶剤使用量③	半年間職場全体での使用量③	文字列	20		
CO	溶剤使用量④	半年間職場全体での使用量④	文字列	20		
CP	溶剤使用量⑤	半年間職場全体での使用量⑤	文字列	20		
CQ	溶剤使用量⑥	半年間職場全体での使用量⑥	文字列	20		
CR	溶剤使用量⑦	半年間職場全体での使用量⑦	文字列	20		
CS	溶剤使用量⑧	半年間職場全体での使用量⑧	文字列	20		
CT	溶剤使用量⑨	半年間職場全体での使用量⑨	文字列	20		
CU	溶剤使用量⑩	半年間職場全体での使用量⑩	文字列	20		
CV	溶剤使用量⑪	半年間職場全体での使用量⑪	文字列	20		
CW	溶剤使用量⑫	半年間職場全体での使用量⑫	文字列	20		
CX	溶剤使用量⑬	半年間職場全体での使用量⑬	文字列	20		
CY	溶剤使用量⑭	半年間職場全体での使用量⑭	文字列	20		
CZ	溶剤使用量⑮	半年間職場全体での使用量⑮	文字列	20		
DA	溶剤使用量⑯	半年間職場全体での使用量⑯	文字列	20		
DB	溶剤使用量⑰	半年間職場全体での使用量⑰	文字列	20		
DC	溶剤使用量⑱	半年間職場全体での使用量⑱	文字列	20		
DD	溶剤使用量⑲	半年間職場全体での使用量⑲	文字列	20		
DE	溶剤使用量⑳	半年間職場全体での使用量⑳	文字列	20		
DF	業務内容①	業務内容①	数値	2		01:溶剤の製造、02:溶剤取扱、03:印刷、04:描画、05:防水・加工、06:接着剤塗布、07:接着、08:洗浄、09:塗装、10:乾燥、11:試験・研究、12:タンク内作業
DG	業務内容②	業務内容②	数値	2		
DH	業務内容③	業務内容③	数値	2		
DI	業務内容④	業務内容④	数値	2		
DJ	業務内容⑤	業務内容⑤	数値	2		
DK	業務内容⑥	業務内容⑥	数値	2		
DL	業務内容⑦	業務内容⑦	数値	2		
DM	業務内容⑧	業務内容⑧	数値	2		
DN	業務内容⑨	業務内容⑨	数値	2		
DO	業務内容⑩	業務内容⑩	数値	2		
DP	作業頻度	作業頻度	数値	1		1:月に数回 2:週に数回 3:毎日
DQ	平均作業時間	1日あたりの平均作業時間	数値	1		1:1時間未満、2:1～4時間未満、3:4～8時間未満、4:8時間以上
DR	直近の作業日	直近の作業日	数値	1		1:1日以内 2:2日以内 3:3日以内 4:4日以上前
DS	作業場所	作業場所	数値	1		1:屋外作業 2:屋内作業
DT	換気の有無	換気の有無	数値	1		1:なし、2:全体換気のみ、3:局所換気装置あり
DU	保護具	保護具の使用状況①	数値	1		1:使っていない、2:保護手袋、3:保護マスク、4:保護メガネ、5:その他
DV		保護具の使用状況②	数値	1		
DW		保護具の使用状況③	数値	1		
DX		保護具の使用状況④(その他)	文字列	20		
DY	軽微 自覚症状1	軽微な所見①	数値	2		空欄
DZ	軽微 自覚症状2	軽微な所見②	数値	2		
EA	軽微 自覚症状3	軽微な所見③	数値	2		
EB	軽微 自覚症状4	軽微な所見④	数値	2		
EC	軽微 自覚症状5	軽微な所見⑤	数値	2		
ED	軽微 自覚症状⑥(その他)	軽微な所見⑥(その他)	文字列	20		空欄
EE	中等度 自覚症状1	中等度以上の所見①	数値	2		00:なし、01:頭が痛い・重い、02:立ちくらみ・めまい・ふらつく、03:動悸がする、04:嘔吐、05:吐き気 06:食欲がない、07:体重減少、08:腹痛、09:不眠、10:何となく不安がある、11:いらいらする、12:集中力の低下、13:手指が震える、14:手足の先に痛みがある、15:握力低下、16:知覚異常、17:皮膚または粘膜の異常、18:目・鼻・喉の刺激症状、19:視力低下、20:その他 ※上記①には必ずいずれかの入力があること。
EF	中等度 自覚症状2	中等度以上の所見②	数値	2		
EG	中等度 自覚症状3	中等度以上の所見③	数値	2		
EH	中等度 自覚症状4	中等度以上の所見④	数値	2		
EI	中等度 自覚症状5	中等度以上の所見⑤	数値	2		
EJ	中等度 自覚症状⑥(その他)	中等度以上の所見⑥(その他)	文字列	20		
EK	関連あり 自覚症状1	業務との関連のある所見①	数値	2		
EL	関連あり 自覚症状2	業務との関連のある所見②	数値	2		
EM	関連あり 自覚症状3	業務との関連のある所見③	数値	2		
EN	関連あり 自覚症状4	業務との関連のある所見④	数値	2		
EO	関連あり 自覚症状5	業務との関連のある所見⑤	数値	2		
EP	関連あり 自覚症状⑥(その他)	業務との関連のある所見⑥(その他)	文字列	20		コメント20文字まで(全角) ※上記①～⑤のいずれかに「20:その他」を入力のうえ入力すること。

特殊健康診断結果データ受渡仕様書  
結果レイアウト

列	項目名		項目型	最大桁数	小数点以下桁数	内容及び注意事項
EQ	既往歴1	既往歴 (有機)	既往歴①	数値	2	01:特になし、02:肝疾患(肝硬変など)、03:腎疾患(尿路結石など)、04:血液疾患(貧血など)、05:神経系疾患(末梢神経・視神経)、06:皮膚疾患(アトピー性皮膚炎など)、07:肺疾患(喘息など)、08:その他の病気 ※上記①には必ずいずれかの入力があること。
ER	既往歴2		既往歴②	数値	2	
ES	既往歴3		既往歴③	数値	2	
ET	既往歴4		既往歴④	数値	2	
EU	既往歴5		既往歴⑤	数値	2	
EV	既往歴6	現病歴 (有機)	既往歴⑥(その他)	数値	2	コメント20文字まで(全角) ※上記①～⑤のいずれかに「08:その他の病気」を入力のうえ入力すること。
EW	現疾病1		現病歴①	数値	2	01:特になし、02:肝疾患(肝硬変など)、03:腎疾患(尿路結石など)、04:血液疾患(貧血など)、05:神経系疾患(末梢神経・視神経)、06:皮膚疾患(アトピー性皮膚炎など)、07:肺疾患(喘息など)、08:その他の病気 ※上記①には必ずいずれかの入力があること。
EX	現疾病2		現病歴②	数値	2	
EY	現疾病3		現病歴③	数値	2	
EZ	現疾病4		現病歴④	数値	2	
FA	現疾病5		現病歴⑤	数値	2	
FB	現疾病6	他覚所見 (診察所見) (有機)	現病歴⑥(その他)	数値	2	コメント20文字まで(全角) ※上記①～⑤のいずれかに「08:その他の病気」を入力のうえ入力すること。
FC	軽微 他覚所見1		軽微な所見①	数値	3	00:所見なし、11:結膜(貧血)、21:結膜(充血)、31:皮膚(乾燥)、41:皮膚(落屑)、51:皮膚(皮膚炎)、61:皮膚(爪の異常)、71:手指振戦、81:膝蓋腱反射の低下、91:アキレス腱反射、101:その他
FD	軽微 他覚所見2		軽微な所見②	数値	3	
FE	軽微 他覚所見3		軽微な所見③	数値	3	
FF	軽微 他覚所見4(その他)		軽微な所見④(その他)	文字列	20	コメント20文字まで(全角) ※上記①～③のいずれかに「101:その他」を入力のうえ入力すること。
FG	中等度 他覚所見1		中等度以上の所見①	数値	3	00:所見なし、12:結膜(貧血)、22:結膜(充血)、32:皮膚(乾燥)、42:皮膚(落屑)、52:皮膚(皮膚炎)、62:皮膚(爪の異常)、72:手指振戦、82:膝蓋腱反射の低下、92:アキレス腱反射、102:その他(中等度以上)
FH	中等度 他覚所見2		中等度以上の所見②	数値	3	
FI	中等度 他覚所見3		中等度以上の所見③	数値	3	
FJ	中等度 他覚所見4(その他)		中等度以上の所見④(その他)	文字列	20	コメント20文字まで(全角) ※上記①～③のいずれかに「102:その他」を入力のうえ入力すること。
FK	関連あり 他覚所見1		業務との関連のある所見①	数値	3	00:所見なし (軽微) 11:結膜(貧血)(軽微)、21:結膜(充血)(軽微)、31:皮膚(乾燥)(軽微)、41:皮膚(落屑)(軽微)、51:皮膚(皮膚炎)(軽微)、61:皮膚(爪の異常)(軽微)、71:手指振戦(軽微)、81:膝蓋腱反射(軽微)、91:アキレス腱反射(軽微)、101:その他(軽微) (中等度以上) 12:結膜(貧血)(中等度以上)、22:結膜(充血)(中等度以上)、32:皮膚(乾燥)(中等度以上)、42:皮膚(落屑)(中等度以上)、52:皮膚(皮膚炎)(中等度以上)、62:皮膚(爪の異常)(中等度以上)、72:手指振戦(中等度以上)、82:膝蓋腱反射の低下(中等度以上)、92:アキレス腱反射(中等度以上)、102:その他(中等度以上) ※上記①には必ずいずれかの入力があること。
FL	関連あり 他覚所見2		業務との関連のある所見②	数値	3	
FM	関連あり 他覚所見3		業務との関連のある所見③	数値	3	
FN	関連あり 他覚所見4		業務との関連のある所見④	数値	3	
FO	関連あり 他覚所見5		業務との関連のある所見⑤	数値	3	
FP	関連あり 他覚所見6(その他)		業務との関連のある所見⑥(その他)	文字列	20	コメント20文字まで(全角) ※上記①～⑤のいずれかに「101:その他(軽微)」または「102:その他(中等度以上)」を入力のうえ入力すること。
FQ	生理区分	生理区分		数値	1	0:該当なし、1:生理中、空欄:回答なし
FR	妊娠区分	妊娠区分		数値	1	0:該当なし、1:妊娠中(可能性含む)、空欄:回答なし
FS	食事区分	食事区分		数値	1	0:食事なし、1:食事あり
FT	裸眼右	遠方視力	裸眼 右	数値	3	1 空欄:未検査 0.1未満の場合は9.9と記載
FU	裸眼左		裸眼 左	数値	3	
FV	矯正右		矯正 右	数値	3	
FW	矯正左		矯正 左	数値	3	
FX	裸眼右	近方視力	裸眼 右	数値	3	1 空欄:未検査 0.1未満の場合は9.9と記載
FY	裸眼左		裸眼 左	数値	3	
FZ	矯正右		矯正 右	数値	3	
GA	矯正左		矯正 左	数値	3	
GB	比較視力(遠方)	前回視力との比較		数値	1	0:前回検査値より0.2以上低下した 1:それ以外
GC	比較視力(近方)	前回視力との比較		数値	1	0:前回検査値より0.2以上低下した 1:それ以外
GD	白血球	血液検査結果	白血球数(×100/㎓ <sup>3</sup> )	数値	5	空欄:未検査
GE	桿状核球		桿状核球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GF	分葉核球		分葉核球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GG	リンパ球		リンパ球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GH	単球		単球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GI	好酸球		好酸球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GJ	好塩基球		好塩基球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GK	異型リンパ球		異型リンパ球(%)	数値	4	1 空欄:未検査
GL	赤血球		赤血球数(×1万/㎓ <sup>3</sup> )	数値	5	空欄:未検査
GM	ヘモグロビン		ヘモグロビン(g/dL)	数値	6	1 空欄:未検査
GN	AST(GOT)		AST(GOT)(U/L)	数値	5	空欄:未検査
GO	ALT(GPT)		ALT(GPT)(U/L)	数値	5	空欄:未検査
GP	γ-GT(γ-GTP)		γ-GT(γ-GTP)(U/L)	数値	5	空欄:未検査



特殊健康診断結果データ受渡仕様書  
結果レイアウト

列	項目名		項目型	最大桁数	桁揃え	内容及び注意事項
GQ	白血球判定	血液検査 判定結果	白血球数(×100/mm <sup>3</sup> )	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
GR	桿状核球判定		桿状核球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GS	分葉核球判定		分葉核球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GT	リンパ球判定		リンパ球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GU	単球判定		単球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GV	好酸球判定		好酸球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GW	好塩基球判定		好塩基球(%)	数値	2	01:A01、08:A03
GX	異型リンパ球判定		異型リンパ球(%)	数値	2	01:A01、03:B02
GY	赤血球判定		赤血球数(×1万/mm <sup>3</sup> )	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
GZ	ヘモグロビン判定		ヘモグロビン(g/dL)	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
HA	AST(GOT)判定		AST(GOT)(U/L)	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
HB	ALT(GPT)判定		ALT(GPT)(U/L)	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
HC	γ-GT(γ-GTP)判定		γ-GT(γ-GTP)(U/L)	数値	2	01:A01、33:A02、34:A04、08:A03
HD	眼底	眼底		数値	1	0:所見なし 1:所見あり
HE	眼底所見	眼底所見		文字列	20	コメント20文字まで(全角) ※上記「眼底」において「1:所見あり」と入力した場合にのみ入力すること。
HF	尿蛋白	尿検査	蛋白	数値	1	0:-、1:+-、2:++、3:+++、4:++++、5:+++++、空欄:未検査
HG	沈渣 赤血球	尿沈渣検査 (尿蛋白(+)以上で検査実施)	沈渣 赤血球	数値	2	01:1個未満/HPF、02:1～4個/HPF、03:5～9個/HPF、04:10～19個/HPF、05:20～29個/HPF、06:30～49個/HPF、07:50～99個/HPF、08:100個以上/HPF、空欄:未検査
HH	沈渣 白血球		白血球	数値	2	
HI	沈渣 扁平上皮		扁平上皮	数値	2	
HJ	沈渣 移行上皮		移行上皮	数値	2	
HK	沈渣 他の上皮		他の上皮	数値	2	
HL	沈渣 円柱		硝子円柱以外の円柱	数値	2	21:-、22:++、23:+++、24:++++、25:+++++、空欄:未検査
HM	尿中馬尿酸	尿中代謝物	尿中馬尿酸(g/L) (37:トルエン)	数値	5	1 空欄:未検査
HN	尿中N-メチルホルムアミド		尿中N-メチルホルムアミド (mg/L)(30:N,N-ジメチルホルムアミド)	数値	5	1 空欄:未検査
HO	尿中M馬尿酸		尿中メチル馬尿酸(g/L) (11キシレン)	数値	5	1 空欄:未検査
HP	尿中2.5HD		尿中2.5-ヘキササジオン (mg/L) (39:ノルマルヘキサン)	数値	5	1 空欄:未検査
HQ	尿中総三塩化物		尿中総三塩化物(mg/l) (35:1,1,1トリクロロエタン)	数値	5	1 空欄:未検査
HR	電離放射線総合判定	電離放射線総合判定		数値	2	01:A01、11:A11、34:A04、36:A44、33:A02、35:A22、08:A03、37:A33、02:B01、12:B11、03:B02、04:B03、38:B33、05:C01、13:C11、27:A01・A11、32:A04・A44、28:A02・A22、29:A03・A33、30:B01・B11、31:C01・C11、空欄:判定不能
HS	判定皮膚所見	皮膚所見の有無(電離放射線)		数値	2	01:業務と関連する所見なし 02:業務と関連する所見あり
HT	判定眼所見	眼所見の有無(電離放射線)		数値	2	01:業務と関連する所見なし 02:業務と関連する所見あり
HU	判定実行線量	放射線線量判定		数値	2	01:A01、03:B02、05:C01
HV	判定等価線量(水晶体)			数値	2	01:A01、03:B02、05:C01
HW	判定等価線量(皮膚)			数値	2	01:A01、03:B02、05:C01
HX	有機溶剤総合判定	有機溶剤総合判定		数値	2	01:A01、11:A11、34:A04、36:A44、33:A02、35:A22、08:A03、37:A33、02:B01、12:B11、03:B02、04:B03、38:B33、05:C01、13:C11、27:A01・A11、32:A04・A44、28:A02・A22、29:A03・A33、30:B01・B11、31:C01・C11、空欄:判定不能
HY	判定分布総合	尿中代謝物分布総合判定		数値	2	01:分布1、02:分布2、03:分布3
HZ	尿中馬尿酸判定区分	尿中馬尿酸判定区分		数値	2	
IA	尿中N-メチルホルムアミド判定区分	尿中N-メチルホルムアミド判定区分		数値	2	
IB	尿中馬尿酸判定区分	尿中馬尿酸判定区分		数値	2	
IC	尿中2.5HD判定区分	尿中2.5HD判定区分		数値	2	
ID	尿中総三塩化物判定区分	尿中総三塩化物2判定区分		数値	2	
IE	尿蛋白判定	尿検査	蛋白	数値	2	
IF			沈渣 赤血球	数値	2	
IG			沈渣 白血球	数値	2	01:A01、08:A03  (尿蛋白(+)以上で検査実施)
IH	尿沈渣判定	尿沈渣検査	扁平上皮	数値	2	
II			移行上皮	数値	2	
IJ			他の上皮	数値	2	
IK			硝子円柱以外の円柱	数値	2	
IL	判定他覚所見 (判定診察所見)	他覚所見の判定(有機溶剤)		数値	2	01:A01、33:A02、08:A03、34:A04、02:B01、04:B03
IM	判定他覚所見 (判定診察所見)	他覚所見の判定(電離放射線)		数値	2	01:A01、33:A02、08:A03、34:A04、02:B01、04:B03
IN	判定自覚症状	自覚症状の判定(有機溶剤)		数値	2	01:A01、33:A02、08:A03、34:A04、02:B01、04:B03
IO	判定腎機能	腎機能検査判定(有機溶剤)		数値	2	01:A01、33:A02 34:A04、03:B02、08:A03、空欄:判定不能
IP	判定血液	血液検査判定(有機溶剤)		数値	2	
IQ	判定肝機能	肝機能検査判定(有機溶剤)		数値	2	01:A01、34:A04、33:A02、08:A03
IR	判定眼底	眼底検査判定(有機溶剤)		数値	2	
IS	判定視力	視力検査判定(電離放射線)		数値	2	01:A01、34:A04、03:B02、空欄:判定不能
IT	判定神経内科学	神経内科学判定(有機溶剤)		数値	2	空欄使用
IU	診察医師名	氏名	文字列	17		
IV	健診機関	受診健診機関コード	数値	3		3桁(別途指示)

## 雇入れ時健康診断対象者リスト

[illegible]

## 特殊健康診断(配置時)対象者リスト

[illegible]

定期健康診断(復職者等)対象者リスト

[illegible]

## 特殊健康診断(復職者等)対象者リスト

[illegible]

健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書

あなたは、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判定されました。産業医等があなたの健康状態を正しく把握するために、当報告書及び検査結果等をご自身の所属の担当者へご提出ください。

- 健診結果において、受診が必要な検査項目（「C」もしくは「D」判定）を確認し、健診結果を持参の上、受診してください。
- ※ 受診が必要な項目について、緊急連絡の対象となり、**今年度既に受診報告済みの場合は、再度のご提出は不要です。**ただし別の検査項目で受診が必要な場合もあります。不明な場合は、所属の担当者へご相談ください。
- 受診結果を記入し、健診結果を受け取り後 **1 か月以内**に、ご自身の所属の担当者へご提出ください。1 か月以内に受診ができなかった場合は、その理由を記載し、提出してください。
- ※ 期日までに、受診の確認が取れなかった場合は、必要に応じて産業医による面接や、管理監督者へ連絡を行うこともありますので、あらかじめご了承ください。
- 報告いただいた内容は、大切な個人情報として適切に取り扱います。個人情報の取り扱い等についてご意見やご質問があれば、所属の担当者までご連絡ください。

※ 受診前にご自身で記入してください。

所属		補職		職員番号	
氏名		年齢	歳	記入年月日	令和 年 月 日
職種	<input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 技術職 <input type="checkbox"/> 技能職 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

1 業務内容及び勤務の状況 ※ 受診前に詳しく記入し、必ず医師に提示してください  
頻度によらず、通常勤務時に起こりうるすべての作業態様や勤務状況を記入してください

職種	<input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 技術職 <input type="checkbox"/> 技能職 <input type="checkbox"/> その他（ ）					補職												
具体的な業務内容																		
作業態様		<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業（重量物取扱等） <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱作業 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
勤務状況 ↓	勤務時間	時 分 ～ 時 分																
	外勤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																
	車両運転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり… <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 船舶 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
	変則勤務	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ : ～ : ）																
	深夜勤務（※1）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ : ～ : ）																
	宿日直勤務（※2）	（ 月・週 回・ : ～ : ）																
	超過勤務（過去6か月）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ ※過去6か月以内に超過勤務がある方は以下ご記入ください。 （前月） （6か月前） <table><tr><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 総務事務システム（超過勤務実績一覧等）にてご確認ください。					月	月	月	月	月	月						
月	月	月	月	月	月													

- （※1）深夜勤務とは、22時から5時までの割りつけられた作業を伴う業務のこと。
- （※2）宿日直業務とは待機、巡回、電話・文書の收受、緊急時の連絡等の業務のこと。

※ 受診後にご自身で記入してください。

2 受診結果及び医療機関（医師）からの就業に関する意見等

<input type="checkbox"/> 受診した ※ 受診した結果について、下記の項目を記入してください。	
受診日	年 月 日
医療機関名	
受診歴	<input type="checkbox"/> 今回の健診で初めて受診 <input type="checkbox"/> 定期受診中（頻度： ） <input type="checkbox"/> 過去に受診したことがある（時期： 年 月 ～ 年 月）
今回の健康診断結果 業務内容・勤務の状況	<input type="checkbox"/> 医師に見せた <input type="checkbox"/> 医師に見せていない 理由：（ ）
医師の所見	病名等（ ） <input type="checkbox"/> 継続受診が必要 次回予定：（ 年 月 ） <input type="checkbox"/> 生活習慣改善が必要 具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 異常なし
実施した検査	<input type="checkbox"/> 血圧測定（ / mmHg） <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部エコー ※ 検査結果がある場合は写しを添付 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他（ ）
胸部X線検査結果（E3）で受診した方	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 結核（治療開始） <input type="checkbox"/> 結核疑いで精密検査中 <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ）
内服薬	<input type="checkbox"/> あり … 内服薬がわかるものの写し（お薬手帳、処方せんなど）を添付してください。 <input type="checkbox"/> なし
就業に関する意見	<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限 <input type="checkbox"/> 要休業
就業上の注意など	

<input type="checkbox"/> 受診していない
理由：（ ）
※ 受診していない方のうち、血圧の検査項目で要受診（「C」・「D」判定）の方 ・血圧記録表（【別紙12-2-3～4】や、ご自身で記録したものの写し）をあわせてご提出ください。 ・血圧計をお持ちでない方は、所属の担当者へご相談ください。

提出期限：健診結果を受け取り後 1 か月以内

## ◆測定のポイント

- ・朝（起きてすぐ、トイレに行った後、朝食前）と夜（寝る前）の2回
- ・できるだけ同じ時間に
- ・測る前は1～2分安静にしてから

[illegible]

## ◆記録のポイント

- ・メモ欄に健康状態やその日の行動、自覚症状などを記録しましょう。
- ・気がついたことを記録することで、自分の体の状態を把握できます。
- ・測定することが健康への第一歩です。

[illegible]

健康診断等の結果に係る医療機関での受診報告書（特殊健康診断用）

あなたは、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判定されました。産業医等があなたの健康状態を正しく把握するために、当報告書及び検査結果等をご自身の所属の担当者へご提出ください。

●健診結果において、受診が必要な検査項目を確認し、健診結果を持参の上、受診してください。

※受診が必要な項目について、当健康診断にて緊急連絡の対象となり、**今年度当既に受診報告済み**の場合は、**再度のご提出は不要です。**

ただし別の検査項目で受診が必要な場合もあります。不明な場合は、所属の担当者へご相談ください。

●受診結果を記入し、健診結果を受け取り後**1か月以内**に、ご自身の所属の担当者へご提出ください。

1か月以内に受診ができなかった場合は、その理由を記載し、提出してください。

※期日までに、受診の確認が取れなかった場合は、必要に応じて産業医による面接や、管理監督者へ連絡を行うこともありますので、あらかじめご了承ください。

●報告いただいた内容は、大切な個人情報として適切に取り扱います。個人情報の取り扱い等についてご意見やご質問があれば、所属の担当者までご連絡ください。

※受診前にご自身で記入してください。

所属		補職		職員番号	
氏名		年齢	歳	記入年月日	令和 年 月 日
職種	<input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 技術職 <input type="checkbox"/> 技能職 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

1 業務内容及び勤務の状況 ※受診前に詳しく記入し、必ず医師に提示してください  
頻度によらず、通常勤務時に起こりうるすべての作業態様や勤務状況を記入してください

具体的な業務内容																			
作業態様		<input type="checkbox"/> 屋外作業 <input type="checkbox"/> 重筋作業（重量物取扱等） <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 有害物質取扱作業 <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
勤務状況 ↓	勤務時間	時 分 ～ 時 分																	
	外勤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																	
	車両運転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり… <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 船舶 <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
	変則勤務	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																	
	深夜勤務（※1）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																	
	宿日直勤務（※2）	（ 月・週 回・ ： ～ ： ）																	
超過勤務（過去6か月）		<div><div><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</div><div>↓ ※過去6か月以内に超過勤務がある方は以下ご記入ください。</div><div><div>（前月）</div><div>（6か月前）</div><table><tr><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></div></div>						月	月	月	月	月	月						
月	月	月	月	月	月														

総務事務システム（超過勤務実績一覧等）にてご確認ください。

（※1）深夜勤務とは、22時から5時までの割りつけられた作業を伴う業務のこと。

（※2）宿日直業務とは待機、巡回、電話・文書の收受、緊急時の連絡等の業務のこと。

※受診後にご自身で記入してください。

2 受診結果及び医療機関（医師）からの就業に関する意見等

☐ 受診した

※受診した結果について、下記の項目を記入してください。

受診日	年 月 日
医療機関名	
受診歴	<input type="checkbox"/> 今回の健診で初めて受診 <input type="checkbox"/> 定期受診中（頻度： ） <input type="checkbox"/> 過去に受診したことがある（時期： 年 月 ～ 年 月）
今回の健康診断結果 業務内容・勤務の状況	<input type="checkbox"/> 医師に見せた <input type="checkbox"/> 医師に見せていない 理由：（ ）
医師の所見	病名等（ ） <input type="checkbox"/> 継続受診が必要 次回予定：（ 年 月） <input type="checkbox"/> 生活習慣改善が必要 具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 異常なし
実施した検査  ※検査結果がある場合は 写しを添付	<input type="checkbox"/> 血圧測定（ / mmHg） <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部CT・MRI <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他（ ）
胸部X線検査結果 （E3）で受診した方	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 結核（治療開始） <input type="checkbox"/> 結核疑いで精密検査中 <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ）
内服薬	<input type="checkbox"/> あり … 内服薬がわかるものの写し（お薬手帳、処方せんなど）を添付してください。 <input type="checkbox"/> なし
就業に関する意見	<input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限 <input type="checkbox"/> 要休業
就業上の注意など	

☐ 受診していない

理由：（ ）

※ 受診していない方のうち、血圧の検査項目で要受診（「C」・「D」判定）の方  
・血圧記録表（【別紙12-2-3～4】や、ご自身で記録したものの写し）をあわせてご提出ください。  
・血圧計をお持ちでない方は、所属の担当者へご相談ください。

提出期限：健診結果を受け取り後1か月以内



## ◆測定のポイント

- ・朝（起きてすぐ、トイレに行った後、朝食前）と夜（寝る前）の2回
- ・できるだけ同じ時間に
- ・測る前は1～2分安静にしてから

[illegible]

## ◆記録のポイント

- ・メモ欄に健康状態やその日の行動、自覚症状などを記録しましょう。
- ・気がついたことを記録することで、自分の体の状態を把握できます。
- ・測定することが健康への第一歩です。

[illegible]