

各 位

一般社団法人 大阪府トラック協会  
会 長 坂 田 喜 信

## 特定業務従事者を対象とした健康相談事業の実施について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会の運営にご理解とご協力を賜わり誠にありがとうございます。

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

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

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

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

### 記

1. 開催日程 別添『実施日程表』のとおり

2. 診断項目 下記項目について実施する。

- |                |               |
|----------------|---------------|
| ① 身長・体重・BMIの測定 | ② 腹囲の測定       |
| ③ 視力の測定        | ④ 聴力の測定       |
| ⑤ 血圧の測定        | ⑥ 尿の検査        |
| ⑦ 医師による健康相談    | ⑧ 心電図による心臓の検査 |
| ⑨ 血液の検査        |               |

A. 血色素量 B. 赤血球数 C. GOT D. GPT E.  $\Gamma$ -GTP  
F. LDL コレステロール G. HDL コレステロール  
H. トリグリセライド I. HbA1c J. 空腹時又は随時血糖

※ 胸部X線検査は行ないません。

3. 受診料 受診者1名あたり4,500円（消費税込）

※ 正規受診料5,500円より大ト協助成額1,000円を差引

#### 4. 申込み方法

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

※申込書を未提出の場合、受診できないことがあります。

#### 5. 申込み締切日

各開催実施日の2週間前

#### 6. 当日持参品

健康診断受診票

※予め各自ご記入のうえご持参ください。

#### 7. 診断結果

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

#### 8. 受診料の支払い

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

#### 9. その他

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

※2. 高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）第27条の3並びに4に基づき、健診結果の保険者への提供が義務付けられております。  
協会けんぽ加入の事業者におかれましては、請求書に同封の提供依頼書によりご提供ください。詳細につきましては、協会けんぽ大阪支部（06-7711-3402）にお問い合わせください。

#### ※受診についての注意事項

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

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

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

## 令和7年度 特定業務従事者を対象とした健康相談事業実施日程表

No.	開催日	開催時間	会場名	所在地	実施医療機関	T E L	F A X (申込書送付先)
1	令和8年 1月24日 (土)	10:00 ~ 13:00	吹田商工会議所	大阪府吹田市泉町2丁目17-4	大阪健康倶楽部 小谷診療所	06-6386-1651	06-6386-3992
2	令和8年 1月31日 (土)	9:00 ~ 12:00	大阪府トラック総合会館	大阪府城東区鳴野西2-11-2	医療法人 恵生会 恵生会病院 健診部	072-982-5501	072-982-5502
3	令和8年 1月31日 (土)	13:00 ~ 16:00	大東市立市民会館	大阪府大東市曙町4-6	医療法人 恵生会 恵生会病院 健診部	072-982-5501	072-982-5502
4	令和8年 2月7日 (土)	15:00 ~ 18:00	和泉市立人権文化センター	和泉市伯太町6-1-20	メデイフロント ミズノクリニック	072-436-2055	072-436-2056
5	令和8年 2月14日 (土)	12:00 ~ 15:30	富田林市民会館	富田林市栗ヶ池町2969-5	医療法人 厚生会	072-427-1980	072-427-2415

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

※各会場駐車スペース不十分の為、会場へは公共交通機関をご利用ください。

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

(様式1)

### 特定業務従事者を対象とした健康相談事業 受診申込書

令和 年 月 日

実施医療機関 御中

所属支部 \_\_\_\_\_ 支部

事業者名 \_\_\_\_\_ ⑤

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、健康診断を受診したいので申込みます。

#### 記

1. 開催日・会場(該当するものに○)(いずれも令和8年)

( ①吹田1/24(土) ②城東1/31(土) ③大東1/31(土) ④和泉2/7(土) ⑤富田林2/14(土) )

2. \_\_\_\_\_ 名

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

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

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

大阪府トラック協会

健康診断受診票

事業所名				事業者番号			
フリガナ		性別	生年月日	年齢			
氏名		男	女	S H	年	月	日
会社住所							

※上記太枠内のみご記入ください。

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

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

問診事項

当てはまるものがあれば、○を入れてください。

太枠の部分のみご記入ください。

1~3. 現在、aからcの薬の使用の有無	
1. a:血圧を下げる薬	1:はい 2:いいえ
2. b:血糖を下げる薬またはインスリン注射	1:はい 2:いいえ
3. c:コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1:はい 2:いいえ
4. 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1:はい 2:いいえ
5. 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1:はい 2:いいえ
6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがある。	1:はい 2:いいえ
7. 医師から、貧血と言われたことがある。	1:はい 2:いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っている。	1:はい(最近1カ月間吸っており、生涯で6カ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。) 2:いいえ 3:以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない。(生涯で6カ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。)
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1:はい 2:いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	1:はい 2:いいえ
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	1:はい 2:いいえ
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1:はい 2:いいえ
13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 1:何でもかんで食べることができる 2:歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3:ほとんどかめない	
14. 人と比較して、食べる速度は?	1:速い 2:ふつう 3:遅い
15. 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。	1:はい 2:いいえ
16. 朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を摂取する頻度は?	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1:はい 2:いいえ
18. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は?	1:毎日 2:週5~6日 3:週3~4日 4:週1~2日 5:月に1~2日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない)
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は?	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(アルコール度数15度/18ml)の目安:ビール(同5度/500ml)・焼酎(同25度/約110ml) ウイスキー(同43度/約60ml)・ワイン(同14度/約180ml) 缶チューハイ(同5度/約500ml・同7度/約350ml)
20. 睡眠で休養が十分とれている。	1:はい 2:いいえ
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか? 1:改善するつもりはない 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)・少しずつ始めている 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22. 生活習慣病の改善についてこれまでに特定保健指導を受けたことがありますか?	1:はい 2:いいえ

自覚症状

自覚症状があれば、○を入れてください。

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

既往歴・現病歴

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

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

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

## 定期健康診断受診の方へ

あなたの受診日は、令和 8 年 月 日 時です。

### 注 意 事 項

#### 【 検 査 当 日 】

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

#### 【 お 願 い 事 項 】

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

#### 【 女 性 の 方 へ 】

現在妊娠中の方や妊娠の可能性のある方は、必ず受付で申し出てください。

生理中の方は、検査時に申し出てください。