

所属番号 00000  
所属名 ●●●●●●●●  
職員番号 00000000  
●● ●● 様

## 個別保健指導のご案内

あなたは定期健康診断の結果、下記の対象検査項目において「個別保健指導」の対象となりましたので、ご案内申し上げます。

下記の対象検査項目（\*アスタリスクがついています）をご確認のうえ、申込みください。  
リピーターの方はもちろんですが、初めて対象になられた方はとくに注意が必要ですので、ぜひ申込みください。

(1)対象検査項目

### 「**血圧 脂質 糖代謝**」です

下記表中の\*アスタリスク数値が今回の個別保健指導で改善すべき項目です。

検査項目	血圧		脂質		糖代謝	
	最高	最低	中性脂肪	LDL コレステロール	HbA1c	血糖
あなたの数値	133	94*	92	142*	5.4	94
基準値	140以上	90以上	300以上	140以上	6.0以上	110以上

※基準値は、定期健康診断の基準値とは異なりますので、ご了承ください。

(2)同封書類

- ① 個別保健指導のご案内（この案内）
- ② 「Well Being 宣言」パンフレット(A4 サイズ冊子)
- ③ 個別保健指導利用申込書（郵送での申込みの際にご利用ください）
- ④ 返信用封筒（郵送での申込みの際にご利用ください）

(3)費用

ご利用は、**無料**です。

(4)勤怠

初回面談は勤務時間にご利用いただく場合、市内出張となります。

※食生活実践スターター講座をご利用の場合は市内出張にはなりません。

(5)利用方法

申込みは申込期限までに郵送、電話、WEB のいずれかの方法で申込みください。

(6)その他

①個別保健指導は、医療保険者である大阪市職員共済組合からエムスリーヘルスデザイン株式会社へ業務委託しています。

②次に該当する方は、個別保健指導の利用について主治医にご相談ください。

- ・治療中(がん・透析・肝硬変など)の方
- ・定期健康診断の結果、所属から医療機関への受診をすすめられた方

③妊娠中の方は対象外となります。

委託者：大阪市職員共済組合  
委託業者：エムスリーヘルスデザイン株式会社  
電話 0120-375-573(平日 9時~18時)