

所属番号 〇〇〇〇〇
所 属 名 ●●●●●
職員番号 〇〇〇〇〇〇〇
●●●● ●●●●● 様

非肥満者のための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。
生活習慣の改善が必要ですので、保健師・管理栄養士による保健指導をお受けください。

(1) 対象検査項目

「**血圧・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。

	血圧		脂質		糖代謝	
検査項目	最高	最低	中性脂肪	LDL コレステロール	HbA1c	空腹時血糖
あなたの数値	150＊	89	272	95	6.7＊	107
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 「Smart Health Navi」A4パンフレット
- 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・勤怠

ご利用は、**無料**です。
初回面接は勤務時間にご利用いただく場合、**市内出張**となります。

(4) 利用方法

申込期限までにWEB、郵送、電話のいずれかの方法で申込みください。

(5) 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)