



## 改定ポイント 2

# 特定保健指導の指導票に、健診機関から産業医等に情報を提供できるよう、本人同意欄を設けました。

面接時に使用する指導票に、事業場に選任されている産業医等から、本件特定保健指導の結果について情報提供を求められた場合の提供についての、本人同意欄を設けました。

特定保健指導の際は、趣旨を説明の上、本人から確認の署名をもらうようにお願いします。

また、質問票および保健指導に使用した様式は健診機関で保管し、事業場の産業医等から情報提供の求めがあった場合は、ご対応をお願いします。

二次健康診断等給付 特定保健指導票

給付対象者氏名: (男/女) 生年月日: 大 昭 平 年 月 日生(歳)

【検査項目】(血液検査を除く) 【血液検査項目】(採血日 月 日)

身長 (cm) 体重 (kg) BMI ( ) 尿酸 (mg/dL) 空腹血糖 (mg/dL) 空腹時血糖値 (mg/dL) 糖化ヘモグロビン (HbA1c) (%) 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) その他 ( )

【検査結果】( )

※一次検査又は二次検査の結果から記載(受診結果表の写しを添付することでも可とする)

○日常生活に関する事項(問診を実施した項目の口をチェック。( )は具体的に記入)

【問診項目】  
 喫煙の状況  運動の状況  生活の状況  
 家族(配偶者)の喫煙状況(受診時)  酒飲みの状況  その他 ( )

重点を置く指導項目(重点を置く指導する項目の口をチェック。( )は具体的に記入、該当しない項目は空欄)

【栄養】  
 食事摂取量を適正にする  食塩・調味料を抑える  
 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす  外食の際の注意事項 ( )  
 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす  その他 ( )  
 脂質(総脂肪・飽和脂肪酸)  糖質(糖/分 or )  
 間食(減らす(種類・量)を減らす)  その他 ( )  
 食べ方(ゆっくり食べる・その他( ))  
 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

【運動】  
 運動処方:頻度(1週間)、強度(はげ毎分・週時間(30分以上)、回数(最低が可能な回数 or 歩数 歩/分 or ))  
 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩)  その他 ( )  
 運動時の注意事項など ( )

【生活】  
 禁煙・禁煙の有効性  禁煙の実施方法等  
 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)  その他 ( )

生活上の問題点(注)

○疲労の状況に関する事項(問診を実施した項目の口をチェック。( )は具体的に記入)

【問診項目】疲労の状況等に係る質問票を参考に問診  
 時間外労働時間(月 時間)  不規則な勤務時間  拘束時間の長い業務  
 出張の多い業務  交代制勤務・深夜勤務  精神的緊張を伴う業務  
 作業環境(高・低圧、騒音、時差、その他( ))  睡眠の状況  
 問診項目のうち、特筆すべき事項があれば記載 ( )

重点を置く指導項目(重点を置く指導する項目の口をチェック。( )は具体的に記入、該当しない項目は空欄)

【労働時間】  
 労働時間  勤務形態  作業環境(高・低圧、騒音、時差、その他( ))  
 睡眠の確保(質・量)  余暇  その他 ( )

就労上の問題点(注)

(注)二次健康診断等の受診結果における医師の所見欄には、上記生活上の問題点及び就労上の問題点の内容を補足した上で、事業に配慮すべき事項を記載すること。本件特定保健指導の結果についての情報提供を求められた場合は、当該給付関係書類から削除することはありません。

給付対象者署名

本人同意署名欄

## 改定ポイント 3

# 二次健康診断等給付の金額が変わります。

今回、検査等の最新の診療報酬点数や、特定保健指導に必要な経費等を勘案し、金額を変更しました。二次健診受診年月日が令和2年8月1日以降のものは、新しい金額で請求してください。

検査項目		検査の有無							
空腹時血糖値検査		○	○	○	○	○	○	○	○
空腹時血中脂質検査		○	○	○	○	○	○	○	○
ヘモグロビンA1c検査		○	×	○	×	○	×	○	×
負荷心電図検査 (四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導)		×	×	×	×	○	○	○	○
胸部超音波検査(経胸壁心エコー法)※1		○	○	○	○	×	×	×	×
頸部超音波検査		○	○	○	○	○	○	○	○
微量アルブミン尿検査(定量)※2		○	○	×	×	○	○	×	×
特定保健指導あり	改定前金額(円)	31,046	28,935	29,996	27,885	29,996	27,885	28,946	26,835
	改定後金額(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	26,612
特定保健指導なし	改定前金額(円)	24,746	22,635	23,696	21,585	23,696	21,585	22,646	20,535
	改定後金額(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

※1 胸部超音波検査は、「経胸壁心エコー法」により実施してください。

※2 微量アルブミン尿検査は、定性、半定量ではなく、「定量」により実施してください。

実施基準や特定保健指導に使用する様式は、厚労省ホームページに掲載していますのでご利用ください。  
 また、費用請求の際の様式は都道府県労働局労災補償課にお問い合わせください。

