

〇〇〇〇〇〇〇〇 株式会社

〇〇 〇〇 様

令和〇年度 健診 または ドック の判定	
特定保健指導	〇〇〇支援

見 本

1186

あなたは健康診断または人間ドックの結果、特定保健指導の対象となりました。

健診を受けた後の行動こそが大切です。

お手数ですが、ご希望の指導方法などを裏面にご記入いただき、お勤め先へ提出してください。

また、病歴や治療内容について、事業所などの第三者に提供することはありません。

特定保健指導（メタボ予防プログラム）について、裏面の記入をお願い致します。

提出先：お勤め先の担当者へ

【特定保健指導とは】

健診の結果、メタボリックシンドロームのリスクがある方を対象に行う健康サポートです。
健康に関する自己管理ができるよう、健康づくりの専門家である保健師や管理栄養士が寄り添って支援します。
詳しくは当健康保険組合の HP「R7.9.12 付 特定保健指導について」をご確認ください。

特定保健指導（メタボ予防）について、オンライン・対面などをお選びください。

… 「腹囲 2 cm減 と 体重 2 kg減」 どちらも達成すれば、最短 3 か月間のプログラムです。

原則、途中でやめることはできません。

New

☐ RIZAP（オンライン）での指導 <チラシ①> ※ 提出締切月の翌々月から初回面談スタート	スマホ・タブレットにて。chocoZAP 通い放題（最長 4 か月）、体組成計・ヘルスウォッチの無料提供など。チラシの QR コードから申し込み可。
☐ メドケア（オンライン）での指導 <チラシ②>	スマートフォンのみで可。アプリをダウンロードして行います。平日の夜や土日祝日の面談も可。
☐ 「福井県予防医学協会」に直接出向いて初回面談	住所：福井県福井市和田 2-1006 TEL：0776-23-4810
☐ 「福井県労働衛生センター」に直接出向いて初回面談	住所：福井県福井市日光 1-3-10 TEL：0776-25-2206
☐ 保健師があなたの職場に伺い初回面談	
☐ 指導を希望しない	約 1～3 万円のプログラムを無料で受けることができます。ぜひご検討ください。

指導希望の方は、以下の質問にご回答ください。

すでに生活習慣病の治療を受けている・始めた方（血圧・コレステロール・中性脂肪・血糖を下げる薬を飲んでいる、インスリン注射をしている方）は対象となりません。

内服薬など あなたの 現状	1、内服薬について、どちらかにチェックをしてください。 糖尿病の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 脂質異常症の服薬 …… ☐ あり ☐ なし 高血圧の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 上記以外の服薬 …………… ☐ あり ☐ なし 疾患名 []		
	2、医師による食事などの制限はありますか。 食事制限 …………… ☐ あり ☐ なし 運動制限 …………… ☐ あり ☐ なし 制限内容 []		
面談等について 保健指導員が 使用する 連絡先	勤務先	※ 支店・部署名あればそちらも記載してください。	
		TEL	
	【RIZAP 必須】 連絡がとれる自宅・携帯の番号		
	【RIZAP 必須】 メールアドレス		
面談の都合が悪い 曜日・時間帯など			

ご協力ありがとうございました。お勤め先へ提出してください。後日改めて実施機関等をお知らせいたします。