

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所溝の口支所  
健康診断業務委託 仕様書

1 目 的

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所（以下「法人」という。）は、職員の健康を保持することを目的とし、定期健康診断等を実施する。

2 委託期間 令和7年4月1日から令和10年3月31日まで

3 委託業務

- （1）溝の口支所定期健康診断業務 別紙溝の口支所定期健康診断業務委託特記仕様書のとおり
- （2）溝の口支所指定年齢精密健康診断業務 別紙溝の口支所指定年齢精密健康診断委託特記仕様書のとおり
- （3）溝の口支所婦人科検診業務 別紙溝の口支所婦人科検診業務委託特記仕様書のとおり
- （4）溝の口支所腹部超音波検診業務 別紙溝の口支所腹部超音波検診業務委託特記仕様書のとおり

4 前提条件

健診機関は、以下の要件をすべて満たしていること。

- （1）医療法（昭和23年法律第205号）第7条第1項の規定による病院又は診療所の開設許可を受けていること。
- （2）健康診断を実施する際に、管轄する保健所等への届出または許可が必要となる場合、確実に届出または許可を受けることが可能であること。
- （3）定期健康診断、人間ドック等の健康診断において、直近1年間で重大な健診事故等がないこと。
- （4）健診結果データ及び特別定期健康診断等の健診結果に関する帳票の提出が、直近の5年間で、期限に遅れたことがないこと。（システムトラブル等、真にやむを得ない理由で遅れたものは除き、3週間以上遅れたことがないこと。）
- （5）直近の5年間に於いて、半年間で100人以上の健康診断を実施した実績があること。
- （6）特別定期健康診断の有機溶剤の健診については、少なくとも5種類以上、また、特定化学物質の健診については、少なくとも10種類以上の実施実績が直近5年間で3年以上あること。
- （7）巡回健康診断実施に係る次の項目を満たしているマニュアルを有していること。
  - ア 作業手順の説明
  - イ 実施要領
  - ウ 精度と品質管理
  - エ 個人情報保護対策
  - オ 緊急事態発生時の対策
- （8）業務処理を明確にするため、健診会場において、健診業務員等の中から1名を現場責任者として選任すること。なお、現場責任者は3年以上の健診実務経験を有すること。
- （9）健診会場を溝の口支所（川崎市高津区坂戸3-2-1）内の会議室等として巡回健診、又は溝の口支所から移動時間60分程度内にある健診施設にて施設健診を実施できること。なお、巡回健診と施

設健診を組合せて実施することができるものとする。

## 5 精度管理

(1) 健診機関は、健康診断の質の向上を図るために、次の項目の実施に努めること。

ア 検査結果の正確性を確保できるようにするための内部精度管理及び外部精度管理

イ 健康診断を実施する者の知識及び技能の向上を図るための研修

(2) 検査データの精度管理について定期的に監視し、法人からの要請に対して内部精度管理のデータ等を提出可能であること。

(3) 臨床検査に係る精度管理に関して日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施する外部精度管理調査を少なくともいずれか1つ定期的に受け、検査測定値の第三者による精度管理が行われるようにすること。

(4) 次の健診項目については以下のとおり精度管理を行うこと。

ア 心電図検査

(ア) 心電図検査に1年以上従事した経験を有する臨床検査技師を配置する。

(イ) 心電図の判定は、自動解析装置で判定するだけでなく、心電図の判定に3年以上従事した経験を有する専門医師による判定を行うこと。

イ 胸部エックス線撮影

(ア) 胸部エックス線撮影は、デジタル画像読影処理が可能な機器による直接撮影にて実施する。

(イ) 読影は胸部レントゲン写真の読影に3年以上従事した経験を有する複数の医師による二重読影を行うこと。(うち1人は呼吸器に関連する学会の指導医、認定医、専門医等であることが望ましい。) また、CTの検査結果の読影が可能なこと。

(ウ) 必要に応じて比較読影を行うこと。

ウ 眼底検査

読影は眼科医が行う。

エ 胃部エックス線撮影

(ア) 撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準を満たすものを使用する。

(イ) 撮影枚数は最低8枚とする。

(ウ) 撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとする。

(エ) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意する。

(オ) 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得すること(撮影技師が不在で医師が撮影している場合を除く)。

(カ) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。

オ 便潜血検査

(ア) 検査は、免疫便潜血検査2日法を行う。

(イ) 検体回収後原則として24時間以内に測定する。

(5) 検体検査等を再委託する場合には、再委託先に対して内部精度管理及び外部精度管理を適切に

実施するように要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているかについて報告を求める等再委託先に対して適切な管理を行うこと。

## 6 健康診断実施時における留意事項

健康診断の実施にあたっては、労働安全衛生法等の関係法令等に拠るほか、次の項目に留意すること。

- (1) 健診機関においては、健診に従事する総合責任者、現場責任者をそれぞれ選任し、法人へ報告すること。また、委託期間中において、健康診断の窓口となる総合責任者は、同一の職員とすること。変更がある場合は、1ヶ月前に法人に報告すること。
- (2) 健診機関は、医師等の資格要件について証明書類原本にて確認した上で、健診実施に必要な数の医師、看護師等を健診場所へ派遣することとし、事前に派遣計画を法人に提出すること。医師、看護師については、受診者の既往歴等、プライバシーについても十分に配慮できる者を当てること。また、採血担当者については、採血能力に優れた者を当て、採血を行う場合、受診者に止血に関して十分な説明を行うこと。また、受診者の血圧が低い場合はベッドに仰向けにして実施する等、状況に応じて必要な配慮をすること。
- (3) 健診機関は、診察に際しては、既往歴、自覚症状及び他覚症状等について留意の上、医師が診察を実施し、必要な者に対して医学的な助言を与えること。
- (4) 健診機関は、必要に応じ実施当日の受付名簿を作成すること。
- (5) 健診機関は、健診会場において、医師や看護師等健診に係る業務員に健診機関名及び氏名を明記した名札等を着用させること。
- (6) 検査機器の整備、管理には万全を期すこと。併せて、開始時間、健診時間等も厳守すること。
- (7) 健診実施時には、定型的な順路をあらかじめ定め、受診者に検査や計測の順序を指示するとともに、待ち時間の短縮にも努めること。
- (8) 診察や受付時の問診内容の確認においては、内容が本人以外の者に聞かれることのないようプライバシーの保護には十分に配慮すること。また、脱衣の必要のある検査については、胸部エックス線撮影等脱衣の程度が軽度なものを除き、受診者の脱衣した状態がほかの受診者等の視界に入ることをないよう配慮すること。
- (9) 検査必要項目について、健診機関が確実に把握し、未実施の項目が発生しないよう留意すること。
- (10) 健康診断実施の一連の行為の中において、健診事故及びトラブル等異常事態が発生した場合は、健診機関は、総力を挙げて事態を収拾するとともに、事態の大小にかかわらず、速やかに法人に報告すること。  
なお、健診事故等の収拾及び再検査等に費用が発生した場合は、健診機関の負担とする（法人に重大な過失がある場合を除く。）。
- (11) 健診に必要な備品等は健診機関が用意すること。

## 7 その他

- (1) 健診結果、フィルム等は個人の経年管理ができるようデータを5年間保存すること。
- (2) 法人の要求に基づき、結果データの統計処理、資料作成及び受診者のエックス線写真、心電図その他の健診結果の貸し出しを行うことが可能であること。
- (3) 健康診断に関する内容について、法人から問い合わせたときには、原則として当日中に連絡をすること。また、すぐに回答ができない場合は、その旨の連絡をすること。
- (4) 健診業務実施に伴って発生する廃棄物は、健診機関が責任を持って適法に処分し、それに係る経費は、健診機関の負担とすること。
- (5) 事務に係る消耗品及び機器の搬入・運搬、健診会場までの旅費等、本件委託に伴う諸経費は受注者が負担すること。
- (6) 本仕様書に明記されていない事項についても、健康診断業務として当然行うべき事項については、仕様に含まれるものとする。
- (7) 業務の実施にあたっては、契約書別記の「個人情報保護のための特記事項」を遵守するとともに、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱うこと。
- (8) その他、この仕様書に定めのない事項について疑義がある場合は、法人と受注者が協議して決めることとする。

## 溝の口支所定期健康診断業務委託特記仕様書

### 1 委託内容

#### (1) 定期健康診断

- ア 一般定期健康診断(新規採用職員の雇入時健康診断を含む。)
- イ 特殊業務コース2回目

#### (2) 特別定期健康診断

- ア 情報機器作業従事者(年1回)
- イ 電離放射線業務従事者(年2回)
- ウ 有機溶剤取扱者(年2回)
- エ 特定化学物質取扱者(年2回)
- オ 石綿取扱者(年2回)
- カ 鉛取扱者(年2回)

#### (3) その他

- ア 消化器検査
- イ 便潜血検査
- ウ 前立腺検査

### 2 検査項目

別表1「検査項目一覧」のとおり

### 3 実施時期

- (1) 一般定期健康診断(一般コース・特殊業務コース) 7月～12月
- (2) 特殊業務コース2回目 12～3月
- (3) 特別定期健康診断 (1)及び(2)に併せて実施する。
- (4) 消化器検査、便潜血検査及び前立腺検査 (1)に併せて実施する。

なお、上記期間内に健康診断を受診できなかった職員に対し、追加の健康診断を実施する場合があります、その日程及び会場は別途協議のうえ決定する。

### 4 健康診断の受診予定者数

別表2「検査項目別予定件数」のとおり。ただし、人数については増減があるものとする。

### 5 健康診断の体制

- (1) 健診会場を溝の口支所(川崎市高津区坂戸3-2-1)内の会議室等として巡回健診、又は溝の口支所から移動時間60分程度内にある健診施設にて施設健診を実施する。なお、巡回健診と施設健診を組合せて実施することができるものとする。
- (2) 職員が、決定した受診日程に受診できない場合は、当該職員からの連絡を受け、当該職員と健診機関との間で調整を行い、日程を変更する。
- (3) 胸部エックス線撮影及び消化器検査は、健診会場内か、もしくは健診機関が自家発電の検診車

を会場に用意し実施する。なお、健診会場において検診車は、溝の口支所では1台が駐車可能。

- (4) 巡回健診では、溝の口支所30名程度の健康診断を行う。
- (5) 実施時間は9：00～12：00。
- (6) 受付及び会場設営等については、健診機関が行う。
- (7) 胸部エックス線撮影は、デジタル画像読影処理が可能な機器による直接撮影にて実施する。ただし、やむを得ない理由により、健診当日に前述の機器が使用できない場合は、法人と協議のうえ対応する。
- (8) 健康診断に必要な健康診断個人票等帳票類及び検査器材等は健診機関が用意するものとし、事前配布が必要なものについては、法人が指定する日までに指定する場所へ納入する。

## 6 健康診断に係る事前準備について

- (1) 健康診断に係る実施日、実施時間及び実施方法は、法人と健診機関が調整のうえ決定する。ただし、法人からの要望により変更することができるものとする。なお、健康診断の実施方法等について法人から留意事項として指示することもある。
- (2) 2に定める検査を受診できるようにすること。ただし、次の検査項目については、日程及び会場を限定して実施することができるものとする。
  - ア 情報機器作業従事者（配置前検診に限る。）
  - イ 特定化学物質（塩化ビニル、クロム酸、クロロメチルメチルエーテル及びビス（クロロメチル）エーテル又は砒素又はその化合物に限る。）取扱者及び石綿取扱者ただし、12～3月実施の健康診断に限る。
- (3) 健康診断受診対象者の所属、氏名及び検査項目等の情報は事前に法人が健診機関に提供する。

## 7 受診結果

- (1) 結果については、受診後20日以内に報告すること。ただし、3月中に実施した健康診断については、3月31日までに報告すること。
  - 併せて、2の検査項目については、検査項目及び受診者ごとの結果一覧表（任意様式）を各2部提出すること。
  - また、健診機関は、健診結果の入力に当たっては、必ず複数の者によるチェックを行い、入力ミスのないよう努めること。また、入力後もミスがないか入力データを再度チェックすること。
- (2) 受診者から回収した受診票及びその他の帳票類等は、（1）の結果データ提出時に併せて法人に提出すること。
- (3) 要再（精密）検査の対象者及び検査結果の報告

実施対象となる再（精密）検査は、原則として健康診断実施後1ヶ月以内に健診機関の検査実施場所で実施すること。なお、健診機関の医師が早急に検査する必要があると認めた場合は、健診機関は速やかに本人に電話にて連絡し、日程を調整すること。また、治療が必要な対象者については、治療可能な医療機関を紹介する等、適切かつ迅速な対応をすること。

定期健康診断受診者の内、胸部エックス線の再（精密）検査が必要な者及び特別定期健康診断受診者の内、再（精密）検査が必要な者は、様式1又は2により日程等を報告すること。その際、再（精密）検査該当者に、日程等の報告に併せ、健診機関の様式により再（精密）検査の案内状

を該当職員別に個別封筒に入れ、親展扱いとして併せて提出すること。案内状には、再（精密）検査の内容、会場の案内及び受診注意事項を記載すること。また、通知した受診日に受診できない旨受診者から連絡があった場合は、受診日を変更して受診させること。なお、再（精密）検査の日程変更は健診機関と受診者で行うこと。

また、検査結果については様式3又は4により再（精密）検査実施後1週間以内に速やかに報告すること。なお、特別定期健康診断の再（精密）検査の結果については、該当職員ごとに検査結果を個別封筒に入れ親展扱いとして併せて提出すること。

ただし、健診機関での再（精密）検査の実施が出来ない等、上記対応が困難である場合には、該当職員を法人へ報告すること、また、該当職員への案内に併せて、実施可能医療機関の紹介等、適切な対応をすること。

#### （4）至急連絡

定期健康診断で、別表3の基準に該当する検査結果が出た場合は、様式5により速やかに法人に報告すること。

#### （5）各種健康診断ごとに受診者数等を取りまとめ、様式6～10により翌月末までに報告すること。

ただし、3月中に実施した健康診断については、3月31日までに報告すること。

別表 1

検査項目一覧

1 一般定期健康診断検査項目

(1) 30歳及び35歳以上の職員（新規採用常勤職員を除く）

|    |   |
|----|---|
| 1  | 既往歴の調査  |
| 2  | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査  |
| 3  | 身長測定、体重測定、腹囲測定、視力検査                                     |
| 4  | 胸部エックス線直接撮影（胸部精密検査の際は、原則としてCT撮影を行う）                     |
| 5  | 診察  |
| 6  | 血圧測定  |
| 7  | 血液一般（赤血球、白血球及び血色素量の検査）                                  |
| 8  | 心電図検査   |
| 9  | 尿検査（尿糖、尿蛋白及び尿潜血の検査）                                     |
| 10 | 肝機能検査A（AST（GOT）、ALT（GPT）及びγ-GTPの検査）                     |
| 11 | 肝機能検査B（ALPの検査）  |
| 12 | 血中脂質検査（総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール※1及び血清トリグリセライドの検査） |
| 13 | 痛風検査（尿酸値検査）   |
| 14 | 腎機能検査（クレアチニン検査）   |
| 15 | 聴力検査（オーディオメーター1000Hz（30dB）及び4000Hz（40dB）検査）             |
| 16 | 血糖検査（空腹時血糖検査※2及びヘモグロビンA1c検査（NGSP））                      |
| 17 | 眼底検査（眼底写真撮影）  |

(2) 34歳以下（30歳を除く）の職員（新規採用常勤職員を除く）

|    |   |
|----|---|
| 1  | 既往歴の調査  |
| 2  | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査  |
| 3  | 身長測定、体重測定、腹囲測定、視力検査                                     |
| 4  | 胸部エックス線直接撮影（胸部精密検査の際は、原則としてCT撮影を行う）                     |
| 5  | 診察  |
| 6  | 血圧測定  |
| 7  | 血液一般（赤血球、白血球及び血色素量の検査）                                  |
| 8  | 心電図検査   |
| 9  | 尿検査（尿糖、尿蛋白及び尿潜血の検査）                                     |
| 10 | 肝機能検査A（AST（GOT）、ALT（GPT）及びγ-GTPの検査）                     |
| 11 | 血中脂質検査（総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール※1及び血清トリグリセライドの検査） |
| 12 | 聴力検査（オーディオメーター1000Hz（30dB）及び4000Hz（40dB）検査）             |
| 13 | 血糖検査（空腹時血糖検査※2及びヘモグロビンA1c検査（NGSP））                      |

(3) 30歳及び35歳以上の新規採用職員

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 | 既往歴の調査                              |
| 2 | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査                    |
| 3 | 身長測定、体重測定、腹囲測定、視力検査                 |
| 4 | 胸部エックス線直接撮影（胸部精密検査の際は、原則としてCT撮影を行う） |
| 5 | 診察                                  |
| 6 | 血圧測定                                |
| 7 | 血液一般（赤血球、白血球及び血色素量の検査）              |
| 8 | 心電図検査                               |

|    |   |
|----|---|
| 9  | 尿検査（尿糖、尿蛋白及び尿潜血の検査）                                     |
| 10 | 肝機能検査A（AST（GOT）、ALT（GPT）及び $\gamma$ -GTPの検査）            |
| 11 | 肝機能検査B（ALPの検査）  |
| 12 | 血中脂質検査（総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール※1及び血清トリグリセライドの検査） |
| 13 | 痛風検査（尿酸値検査）   |
| 14 | 腎機能検査（クレアチニン検査）   |
| 15 | 聴力検査（オーディオメーター1000Hz（30dB）及び4000Hz（30dB）検査）             |
| 16 | 血糖検査（空腹時血糖検査※2及びヘモグロビンA1c検査（NGSP））                      |
| 17 | 眼底検査（眼底写真撮影）  |

（4）34歳以下（30歳を除く）の新規採用職員

|    |   |
|----|---|
| 1  | 既往歴の調査  |
| 2  | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査  |
| 3  | 身長測定、体重測定、腹囲測定、視力検査                                     |
| 4  | 胸部エックス線直接撮影（胸部精密検査の際は、原則としてCT撮影を行う）                     |
| 5  | 診察  |
| 6  | 血圧測定  |
| 7  | 血液一般（赤血球、白血球及び血色素量の測定）                                  |
| 8  | 心電図検査   |
| 9  | 尿検査（尿糖、尿蛋白及び尿潜血の検査）                                     |
| 10 | 肝機能検査A（AST（GOT）、ALT（GPT）及び $\gamma$ -GTPの検査）            |
| 11 | 血中脂質検査（総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール※1及び血清トリグリセライドの検査） |
| 12 | 聴力検査（オーディオメーター1000Hz（30dB）及び4000Hz（30dB）検査）             |
| 13 | 血糖検査（空腹時血糖検査※2及びヘモグロビンA1c検査（NGSP））                      |

※1 フリーワルド式又はLDLコレステロール直接測定法による。

※2 原則空腹時血糖とするが、やむを得ず随時血糖とする場合は、食直後の採血（食事開始から3．5時間未満の採血）は避ける。

2 一般定期健康診断（特殊業務コース2回目）検査項目

（1）特殊業務コースの職員

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | 既往歴の調査                   |
| 2 | 自覚症状及び他覚症状の有無の検査         |
| 3 | 身長測定、体重測定、視力検査、聴力検査（会話域） |
| 4 | 診察                       |
| 5 | 血圧測定                     |
| 6 | 尿検査（尿糖、尿蛋白及び尿潜血の検査）      |

3 その他

（1）消化器検査

|      |                 |
|------|-----------------|
| 対象者  | 35歳以上で受診を希望する職員 |
| 検査項目 | 消化器エックス線撮影      |

（2）便潜血検査

|      |                 |
|------|-----------------|
| 対象者  | 40歳以上で受診を希望する職員 |
| 検査項目 | 糞便検査（2日法）       |

(3) 前立腺検査

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 対象者  | 45、47、49、51歳及び53歳以上で受診を希望する男性常勤職員 |
| 検査項目 | 1 前立腺腫瘍マーカー検査（PSA）                |

4 特別定期健康診断検査項目

(1) 情報機器作業従事者健康診断

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 対象者  | 情報機器作業従事者                     |
| 検査項目 | 情報機器作業における労働衛生管理のためのガイドラインによる |

(2) 電離放射線業務従事者健康診断

|      |                |
|------|----------------|
| 対象者  | 電離放射線業務従事者     |
| 検査項目 | 電離放射線障害防止規則による |

(3) 有機溶剤取扱者健康診断

|      |               |
|------|---------------|
| 対象者  | 有機溶剤取扱者       |
| 検査項目 | 有機溶剤中毒予防規則による |

(4) 特定化学物質取扱者健康診断

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 対象者  | 特定化学物質取扱者                |
| 検査項目 | 特定化学物質障害予防規則による（歯科健診を除く） |

(6) 石綿取扱者健康診断

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 対象者  | 石綿を取り扱う者及び取り扱ったことがある者 |
| 検査項目 | 石綿障害予防規則による           |

(7) 鉛取扱者健康診断

|      |              |
|------|--------------|
| 対象者  | 鉛、鉛化合物を取り扱う者 |
| 検査項目 | 鉛中毒予防規則による   |

別表 2

令和 7～9 年度 定期健康診断業務委託 検査項目別予定件数（件数は 3 年分の見込みであり、変動する場合がある。）

| 項 目                            |                            | 7 月～1 2 月 | 1 2 月～3 月 | 合計件数 |
|--------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|------|
| 実施回数                           |                            | 3         | 3         | 6    |
| 胸部エックス線検診車配車回数（健診機関で実施する場合を除く） |                            | 3         | 3         | 6    |
| 消化器健診車配車回数（健診機関で実施する場合を除く）     |                            | 3         | 3         | 6    |
| （一般定期健康診断）                     |                            |           |           |      |
| 年齢等による区分                       | 35 歳以上及び 30 歳（新規採用職員を除く）   | 45        |           | 45   |
|                                | 34 歳以下（30 歳を除く）（新規採用職員を除く） | 30        |           | 30   |
|                                | 新規採用（30 歳及び 35 歳以上）        | 9         |           | 9    |
|                                | 新規採用（34 歳以下（30 歳を除く））      | 9         |           | 9    |
|                                | 特殊業務コース 2 回目               |           | 45        | 45   |
|                                | 小 計                        | 93        | 45        | 138  |
| 胸部 X 線直接撮影                     |                            | 15        | 15        | 30   |
| 消化器検査                          |                            | 15        |           | 15   |
| 便潜血検査                          |                            | 15        |           | 15   |
| （特別定期健康診断）                     |                            |           |           |      |
| 情報機器作業健康診断（配置前）                |                            | 3         |           | 3    |
| 情報機器作業健康診断（定期）                 |                            | 24        |           | 24   |
| 電離放射線業務従事者健康診断                 |                            | 36        | 36        | 72   |
| 有機溶剤取扱者健康診断                    | 基本健診 <sup>注 1</sup>        | 75        | 75        | 150  |
|                                | 尿中代謝物検査（馬尿酸）               | 30        | 30        | 60   |
|                                | 尿中代謝物検査（メチル馬尿酸）            | 15        | 15        | 30   |
|                                | 尿中代謝物検査（総三塩化物）             | 3         | 3         | 6    |
|                                | 尿中代謝物検査（マンデル酸）             | 3         | 3         | 6    |
|                                | 尿中代謝物検査（2-5 ヘキサジオン）        | 15        | 15        | 30   |
|                                | 尿中代謝物検査（N-メチルホルムアミド）       | 15        | 15        | 30   |
|                                | 肝機能検査                      | 15        | 15        | 30   |
|                                | 貧血検査                       | 3         | 3         | 6    |
|                                | 眼底検査                       | 3         | 3         | 6    |
| 特定化学物質取扱者健康診断                  | オルトトリジン                    | 3         | 3         | 6    |
|                                | ビス（クロロメチル）エーテル             | 3         | 3         | 6    |
|                                | 塩素化ビフェニール                  | 3         | 3         | 6    |
|                                | ベリリウム                      | 3         | 3         | 6    |
|                                | アクリルアミド                    | 9         | 9         | 18   |
|                                | アクリロニトリル                   | 3         | 3         | 6    |
|                                | 塩化ビニル                      | 3         | 3         | 6    |
|                                | 塩素                         | 15        | 15        | 30   |
|                                | カドミウム                      | 3         | 3         | 6    |
|                                | クロム酸                       | 3         | 3         | 6    |
|                                | クロロメチルメチルエーテル              | 3         | 3         | 6    |
|                                | 五酸化バナジウム                   | 3         | 3         | 6    |
|                                | シアン化カリウム                   | 3         | 3         | 6    |
|                                | シアン化ナトリウム                  | 3         | 3         | 6    |
|                                | 臭化メチル                      | 3         | 3         | 6    |
|                                | 水銀                         | 3         | 3         | 6    |
|                                | ニッケル化合物                    | 3         | 3         | 6    |
|                                | フッ化水素                      | 6         | 6         | 12   |
|                                | 砒素又はその化合物                  | 3         | 3         | 6    |

|           |                        |  |    |    |    |
|-----------|------------------------|--|----|----|----|
|           | ベンゼン                   |  | 6  | 6  | 12 |
|           | マンガン                   |  | 3  | 3  | 6  |
|           | 硫化水素                   |  | 3  | 3  | 6  |
|           | ジメチル-2,2-ジクロロビニルホスフェイト |  | 3  | 3  | 6  |
|           | クロロホルム                 |  | 21 | 21 | 42 |
|           | 四塩化炭素                  |  | 3  | 3  | 6  |
|           | 1-4-ジオキサン              |  | 3  | 3  | 6  |
|           | 1-2-ジクロロエタン            |  | 3  | 3  | 6  |
|           | 1-1-2-2-テトラクロロエタン      |  | 3  | 3  | 6  |
|           | メチルイソブチルケトン            |  | 3  | 3  | 6  |
|           | スチレン                   |  | 3  | 3  | 6  |
|           | テトラクロロエチレン             |  | 3  | 3  | 6  |
|           | トリクロロエチレン              |  | 3  | 3  | 6  |
|           | ジクロロメタン                |  | 6  | 6  | 12 |
| 石綿取扱者健康診断 |                        |  | 3  | 3  | 6  |
| 鉛取扱者健康診断  | 基本健診 <sup>注2</sup>     |  | 9  | 9  | 18 |
|           | 血液中の鉛の量の調査             |  | 9  | 9  | 18 |
|           | デルタアミノレブリン検査           |  | 9  | 9  | 18 |
| 前立腺検査     |                        |  | 9  |    | 9  |

注1：有機溶剤取扱者健康診断における基本検診とは、「業務歴の調査」、「有機溶剤による健康障害の既往歴の調査」、「有機溶剤による自覚症状及び他覚症状の既往歴の調査」、「有機溶剤による異常所見の既往の有無の調査」及び「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」を指す。

注2：鉛取扱者健康診断における基本検診とは、「業務歴の調査」、「鉛による自覚症状、他覚症状の既往歴の調査」、「血液中の鉛の量及び尿中のデルタアミノレブリン酸の量の既往の検査結果の調査」及び「自覚症状または他覚症状の有無の調査」を指す。

別表 3

至急連絡基準値表

| 項 目  |                     | 基準値                            |
|------|---------------------|--------------------------------|
| 糖代謝  | 空腹時血糖               | 2 5 0 mg/dℓ 以上                 |
|      |                     | 5 0 mg/dℓ 以下                   |
|      | H b A 1 c (N G S P) | 1 0 . 0 % 以上                   |
| 肝機能  | G O T               | 3 0 0 IU/以上                    |
|      | G P T               | 3 0 0 IU/以上                    |
|      | γ - G T P           | 5 0 0 IU/以上                    |
| 脂質代謝 | L D L - C           | 3 0 0 mg/dℓ 以上                 |
|      | 血清トリグリセライド          | 1 , 0 0 0 mg/dℓ 以上             |
| 血液一般 | 白血球                 | 2 0 , 0 0 0 μℓ以上               |
|      |                     | 2 , 0 0 0 μℓ以下                 |
|      | 赤血球 (男)             | 6 5 1 × 1 0 <sup>4</sup> /μℓ以上 |
|      |                     | 2 9 9 × 1 0 <sup>4</sup> /μℓ以下 |
|      | 赤血球 (女)             | 6 0 1 × 1 0 <sup>4</sup> /μℓ以上 |
|      |                     | 2 4 9 × 1 0 <sup>4</sup> /μℓ以下 |
|      | 血色素 (男)             | 1 9 . 0 g /dℓ 以上               |
|      |                     | 8 . 9 g /dℓ 以下                 |
|      | 血色素 (女)             | 1 7 . 0 g /dℓ 以上               |
|      |                     | 6 . 9 g /dℓ 以下                 |
| 腎機能  | 尿酸                  | 1 1 . 0 mg/dℓ 以上               |

様式 1

胸部エックス線再（精密）検査対象者名簿

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

健診機関名

次のとおり報告します。

| 健診日 | 対象者所属 | 職員番号 | 氏名 | フィルム<br>No. | 検査の別 | 再（精密）検査予定日時 | 備考 |
|-----|-------|------|----|-------------|------|-------------|----|
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |
|     |       |      |    |             |      |             |    |

様式 1 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 2

特別定期健康診断再（精密）検査対象者名簿

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

健診機関名

次のとおり報告します。

| 健診日 | 対象者所属 | 職員番号 | 氏名 | 特別定期健康診<br>断の区分 | 一次検査結果 | 再（精密）検査予定<br>日時 | 備考 |
|-----|-------|------|----|-----------------|--------|-----------------|----|
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |
|     |       |      |    |                 |        |                 |    |

様式 2 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 3

胸部エックス線再（精密）検査結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

健診機関名

次のとおり報告します。

| 実施日 | 対象者所属 | 職員番号 | 氏名 | 病名 | 処置指示 | 備考 |
|-----|-------|------|----|----|------|----|
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |
|     |       |      |    |    |      |    |

様式 3 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 4

特別定期健康診断再（精密）検査結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

健診機関名

次のとおり報告します。

| 実施日 | 対象者所属 | 職員番号 | 氏名 | 特別定期健康診断の区分 | 病名 | 処置指示 | 備考 |
|-----|-------|------|----|-------------|----|------|----|
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |
|     |       |      |    |             |    |      |    |

様式 4 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

## 様式 5

## 至 急 連 絡 票

健診機関名：

送 付 日：

|      |  |      |  |    |  |
|------|--|------|--|----|--|
| 職員氏名 |  | 職員番号 |  | 年齢 |  |
| 所属名  |  | 受診日  |  | 性別 |  |

| 項 目 |                     | 基準値                             | 今回検査結果 | 備考 |
|-----|---------------------|---------------------------------|--------|----|
| 糖代謝 | 空腹時血糖               | 2 5 0 mg/dℓ 以上                  |        |    |
|     |                     | 5 0 mg/dℓ 以下                    |        |    |
|     | H b A 1 c<br>(NGSP) | 1 0 . 0 % 以上                    |        |    |
| 肝臓系 | G O T               | 3 0 0 IU/以上                     |        |    |
|     | G P T               | 3 0 0 IU/以上                     |        |    |
|     | γ - G T P           | 5 0 0 IU/以上                     |        |    |
| 脂質  | L D L - C           | 3 0 0 mg/dℓ 以上                  |        |    |
|     | 血清トリグリ<br>セライド      | 1 , 0 0 0 mg/dℓ 以上              |        |    |
| 血球系 | 白血球                 | 2 0 , 0 0 0 μℓ以上                |        |    |
|     |                     | 2 , 0 0 0 μℓ以下                  |        |    |
|     | 赤血球 (男)             | 6 5 1 × 1 0 <sup>4</sup> / μℓ以上 |        |    |
|     |                     | 2 9 9 × 1 0 <sup>4</sup> / μℓ以下 |        |    |
|     | 赤血球 (女)             | 6 0 1 × 1 0 <sup>4</sup> / μℓ以上 |        |    |
|     |                     | 2 4 9 × 1 0 <sup>4</sup> / μℓ以下 |        |    |
|     | 血色素 (男)             | 1 9 . 0 g / dℓ 以上               |        |    |
|     |                     | 8 . 9 g / dℓ 以下                 |        |    |
|     | 血色素 (女)             | 1 7 . 0 g / dℓ 以上               |        |    |
|     |                     | 6 . 9 g / dℓ 以下                 |        |    |
| 腎機能 | 尿酸                  | 1 1 . 0 mg/dℓ 以上                |        |    |

## 参考項目

|    |    |
|----|----|
| 身長 | cm |
| 体重 | kg |
| 血圧 | ～  |

様式 5 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 6

健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

健診機関住所

名 称

代表者職・氏名

印

一般定期健康診断（一般コース）の実施状況について、次のとおり報告します。

| 実施年月日         |                              |  |  |  |  |  |  |  | 計(人) |
|---------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 常勤職員          | 35歳以上及び30歳<br>(新規採用職員を除く)    |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 34歳以下(30歳を除く<br>(新規採用職員を除く)) |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 新規採用(30歳及び<br>35歳以上)         |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 新規採用(34歳以下<br>(30歳を除く))      |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 胸部X線直接撮影      |                              |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 精密血圧検査        | 診察                           |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 心電図                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 眼底                           |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 医師の指示(診察、心電図) |                              |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 尿沈さ           |                              |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 消化器検査         |                              |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 便潜血検査         |                              |  |  |  |  |  |  |  |      |

様式 6 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 7

健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

健診機関住所

名 称

代表者職・氏名

印

一般定期健康診断（特殊業務コース）の実施状況について、次のとおり報告します。

| 実施年月日         |                          |  |  |  |  |  |  |  | 計(人) |
|---------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 常勤職員          | 35歳以上及び30歳(新規採用職員を除く)    |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 34歳以下(30歳を除く(新規採用職員を除く)) |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 新規採用(30歳及び35歳以上)         |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 新規採用(34歳以下(30歳を除く))      |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 胸部X線直接撮影      |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 精高血圧検査        | 診察                       |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 心電図                      |  |  |  |  |  |  |  |      |
|               | 眼底                       |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 医師の指示(診察、心電図) |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 尿沈さ           |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 消化器検査         |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 便潜血検査         |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |
| 特殊業務コース2回目    |                          |  |  |  |  |  |  |  |      |

様式 7 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます

## 健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

健 診 機 関 住 所

名 称

代表者職・氏名

印

特別定期健康診断の実施状況について、次のとおり報告します。

| 実施年月日     |              |             |  |  |  |  |  |  | 計(人) |
|-----------|--------------|-------------|--|--|--|--|--|--|------|
| 電離放射線     |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
| 有機溶剤取扱者   | 尿中代謝物検査      | 基本健診        |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | 馬尿酸         |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | メチル馬尿酸      |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | マンデル酸       |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | 総三塩化物       |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | 2-5 ヘキサジオン  |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | N-メチルホルムアミド |  |  |  |  |  |  |      |
|           | 肝機能検査        |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           | 貧血検査         |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           | 眼底検査         |             |  |  |  |  |  |  |      |
| 特定化学物質取扱者 |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
| 石綿取扱者     |              |             |  |  |  |  |  |  |      |
| 鉛取扱者      | 基本健診         |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           | 血中鉛          |             |  |  |  |  |  |  |      |
|           | 尿中デルタアミノレブリン |             |  |  |  |  |  |  |      |
| 情報機器作業従事者 |              | 配置前         |  |  |  |  |  |  |      |
|           |              | 定期          |  |  |  |  |  |  |      |

※「特定化学物質取扱者」については、化学物質ごとに記載してください。

※様式 8 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 9

健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

健 診 機 関 住 所

名 称

代表者職・氏名

印

定期健康診断における前立腺検査の実施状況について、次のとおり報告します。

| 実施年月日 |  |  |  |  |  |  | 計(人) |
|-------|--|--|--|--|--|--|------|
| 前立腺検査 |  |  |  |  |  |  |      |

結果集計

| 異常なし | 要精検 | 要観察 | 要治療 | 計(人) |
|------|-----|-----|-----|------|
|      |     |     |     |      |

※「結果集計」は、報告月内に判明した検査結果の集計数を記入してください。

様式 9 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

様式 10

健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

健 診 機 関 住 所  
名 称  
代表者職・氏名

印

再（精密）検査の実施状況について、次のとおり報告します。

| 実施年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 項目    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |

※項目欄は実施した検査項目を記載してください。  
様式 10 について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

## 溝の口支所指定年齢精密健康診断委託特記仕様書

### 1 委託内容

2に掲げる検査項目に係る健康診断(以下、「指定年齢精密健康診断」という。)を実施する。

### 2 検査項目

指定年齢精密健康診断検査項目 別表1のとおり

### 3 実施地域及び健康診断の体制

- (1)健診会場を溝の口支所(川崎市高津区坂戸3-2-1)内の会議室等として巡回健診、又は溝の口支所から移動時間60分程度内にある健診施設にて施設健診で別表1の検査を実施する。なお、巡回健診と施設健診を組合せて実施することができるものとする。
- (2)すべての検査を同一健診施設内において、1日(受付時間は8時30分からとし、すべての検査を概ね13時までに終了すること。)で実施する。

### 4 受診対象者

指定年齢精密健康診断 地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所(以下「法人」という。)職員のうち、各年度末年齢が35,37,39,41,43,45,47,49,51,53歳以上のもの

### 5 受診予定者数(3年分累計)

指定年齢精密健康診断検査項目

- ・指定年齢精密健康診断(前立腺検査を除く) 120人
- ・指定年齢精密健康診断(食道・胃部X線直接撮影、前立腺検査を除く) 3人
- ・前立腺検査 30人

### 6 実施方法

- (1)受診日程の調整及び決定は、次のとおりとする。
  - ア 法人は受診対象者名簿を健診機関に送付する。
  - イ 健診機関は受診対象者名簿に基づき、法人の健康診断担当者と調整のうえ、受診日程を決定する。  
なお、その際、概ね2月中旬までに全対象職員が受診できるように日程を割振り、2月下旬は、下記エのための予備日とするよう努める。
  - ウ 健診機関は受診日程の決定後、受診票、検査キット等の受診に必要な書類等を、それぞれ受診者ごとに個別の封筒に入れ、親展扱いとして事前に法人に送付する。その際、法人の理事長あてに、受診者ごとの受診日時を記載した一覧表(任意様式)を併せて送付する。
  - エ 職員が、決定した受診日程に受診できない場合は、当該職員からの連絡を受け、当該職員と健診機関との間で調整を行い、日程を変更する。
- (2)受診日程の決定後、月ごとの指定年齢精密健康診断及び前立腺検査の受診日程及び予定者数を記載した受診予定表(任意様式)を作成し、法人からの求めに応じ提出する。
- (3)診察は、問診内容等を基に、丁寧な対応を行う。また、職員からの質問には、丁寧な説明を行う。

## 7 結果報告

- (1) 各受診者の検査結果は、健診機関が健診機関の様式を用いて個人結果通知を作成し、受診者ごとに個別の封筒に入れ、親展文書として受診後 20 日以内に法人へ送付する。なお、検査の結果、(別表2)「判定区分対応表」により再検査対象となった職員についても、該当職員ごとに個人結果通知に同封する。「再検査・精密検査報告書(指定年齢精密健康診断)」を同封する検査項目については、(別表3)のとおり。
- (2) 上記(1)の「再検査・精密検査報告書(指定年齢精密健康診断)」を同封したときは、(様式3)「健康診断再検査者報告書(指定年齢精密健康診断)」又は(様式4)「胸部エックス線再検査者報告書(指定年齢精密健康診断)」を作成し、上記(1)の個人結果通知の送付に併せて法人の理事長あてに送付する。
- (3) 検査の結果、(別表4)「至急連絡基準値表」の基準値に該当する項目がある受診者については、検査結果が判明次第、(様式5)「至急連絡票(指定年齢精密健康診断)」により速やかに法人に報告する。
- (4) 検査結果の法人への報告は月ごとに集計し、翌月 20 日までに、(様式1)「指定年齢精密健康診断実施結果報告書」及び(様式2)「指定年齢精密健康診断受診者名簿」を法人に提出する。

(別表1)指定年齢精密健康診断検査項目

| 検査項目   | 検査内容  |
|--------|---|
| 問診・診察  | 問診(注1)、医師による診察(生活習慣病項目(注2)に重点)  |
| 身体測定   | 身長 体重 腹囲 肥満度 BMI 体脂肪率   |
| 呼吸器系検査 | 胸部エックス線直接撮影   |
| 消化器系検査 | 食道・胃部エックス線直接撮影又は胃がんリスク検査(ABC検査)(注3)<br>便潜血反応(2日法) アミラーゼ<br>腹部超音波検査(胆のう、肝臓、すい臓、腎臓、ひ臓及び大動脈)(注4) |
| 聴力検査   | オーディオメーター 1000Hz 4000Hz   |
| 眼科系検査  | 視力検査 眼底検査 眼圧検査  |
| 循環器検査  | 血圧測定 心拍数 心電図(安静時)   |
| 腎臓系検査  | 尿素窒素 尿酸 クレアチニン 尿蛋白 尿潜血 尿沈 ウロビリノーゲン eGFR   |
| 糖代謝検査  | 尿糖 空腹時血糖 ヘモグロビンA1c(NGSP)  |
| 血液一般検査 | 赤血球数 白血球数 血小板数 血色素量 ヘマトクリット MCV   |
| 肝機能検査  | GOT GPT $\gamma$ -GTP LDH ALP アルブミン<br>A/G比 総ビリルビン コリンエステラーゼ 総蛋白                              |
| 脂質代謝検査 | 総コレステロール HDLコレステロール LDLコレステロール 血清トリグリセライド   |
| 血清学的検査 | HBs抗原 HBs抗体 HCV抗体 CRP リウマチ因子  |

以下は、希望者に追加で実施する検査項目

| 検査項目  | 検査内容             | 対象者                |
|-------|------------------|--------------------|
| 前立腺検査 | 前立腺腫瘍マーカー検査(PSA) | 45歳以上の男性職員のうち希望する者 |

(注1) 問診には、「既往歴及び業務歴の調査」及び「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」を含めること。

(注2) 生活習慣病項目は次のとおり。なお、健康上注意すべき項目があった場合には、助言を行う。

血圧、心電図、眼底、尿酸、空腹時血糖、ヘモグロビンA1c(NGSP)、AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTP、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、血清トリグリセライド、BMI

(注3) 事前に受診者が食道・胃部エックス線直接撮影又は胃がんリスク検査のいずれかの方法を選択する。ただし、当日、本人の申し出及び医師の判断により省略可能とする。

なお、省略した場合の単価は、契約書第1条第4号の「イ 指定年齢精密健康診断(食道・胃部エックス線直接撮影、前立腺検査を除く)」とする。

また、本人より胃内視鏡検査への変更希望があった場合には、本人と健診機関との間で調整を行った上で変更する(変更できない場合には、その旨を本人に回答する)。なお、この場合の単価は、契約書第1条第4号の「ア 指定年齢精密健康診断(前立腺検査を除く)」と同額とし、胃内視鏡検査に係る料金の差額については、本人から徴収するものとする。

(注4) 副腎や下腹部(膀胱、子宮、卵巣、前立腺等)は別表1の検査項目ではないが、所見が認められた場合には個人結果通知にその内容を記載すること。

(別表2)判定区分対応表(例)＜判定区分及び指示内容は健診機関の基準を記載する＞

| 判定区分 | 指示内容                         |
|------|------------------------------|
| A    | 今回の検査では異常を認めません。             |
| B    | わずかに以上を認めますが、日常生活に差し支えありません。 |
| C    | 日常生活上注意し、経過観察を要します。          |
| D    | 再・精密検査を必要とします。               |
| E    | 治療を必要とします。                   |

※網かけ部分を再検査対象とする。(再検査、精密検査、治療等の言葉が含まれる場合は再検査対象とする(ただし、3カ月を超えての再検査は対象外とする)。)

(別表3)再検査・精密検査対象検査項目

| 大項目    | 小項目        |             |             |          |        |      |
|--------|------------|-------------|-------------|----------|--------|------|
| 循環器検査  | 血圧         | 心電図         |             |          |        |      |
| 眼科系検査  | 眼底         |             |             |          |        |      |
| 糖代謝検査  | 尿糖         | 血糖          | ヘモグロビン A1c  |          |        |      |
| 肝機能検査  | AST(GOT)   | ALT(GPT)    | γ-GTP       | ALP      | 総ビリルビン |      |
| 脂質代謝検査 | 総コレステロール   | HDL コレステロール | LDL コレステロール | 血清リグゼラト* |        |      |
| 血液一般検査 | 白血球数       | 赤血球数        | 血色素量        |          |        |      |
| 腎機能検査  | 尿蛋白        | 尿潜血         | 尿沈さ         | クレアチニン   | e-GFR  | 尿素窒素 |
|        | 尿酸         |             |             |          |        |      |
| 消化器系検査 | 食道・胃部エックス線 | 便潜血         | 胃がんリスク      |          |        |      |
| 呼吸器系検査 | 胸部エックス線    |             |             |          |        |      |

(別表4)至急連絡基準表

| 項 目  |             | 基準値                             |
|------|-------------|---------------------------------|
| 糖代謝  | 空腹時血糖       | 250mg/dℓ 以上                     |
|      |             | 50mg/dℓ 以下                      |
|      | HbA1c(NGSP) | 10. 0% 以上                       |
| 肝機能  | GOT         | 300 IU/以上                       |
|      | GPT         | 300 IU/以上                       |
|      | γ -GTP      | 500 IU/以上                       |
| 脂質代謝 | LDL-C       | 300mg/dℓ 以上                     |
|      | 血清トリグリセライド  | 1,000mg/dℓ 以上                   |
| 血液一般 | 白血球         | 20,000 μℓ以上                     |
|      |             | 2,000 μℓ以下                      |
|      | 赤血球(男)      | $651 \times 10^4 / \mu \ell$ 以上 |
|      |             | $299 \times 10^4 / \mu \ell$ 以下 |
|      | 赤血球(女)      | $601 \times 10^4 / \mu \ell$ 以上 |
|      |             | $249 \times 10^4 / \mu \ell$ 以下 |
|      | 血色素(男)      | 19. 0g/dℓ 以上                    |
|      |             | 8. 9g/dℓ 以下                     |
|      | 血色素(女)      | 17. 0g/dℓ 以上                    |
|      |             | 6. 9g/dℓ 以下                     |
| 腎機能  | 尿酸          | 11. 0 mg/dℓ 以上                  |

(様式1)

指定年齢精密健康診断実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

健診機関住所

名 称

代表者職・氏名

印

指定年齢精密健康診断結果 年 月分について、次のとおり報告します。

| 実施日                      | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 健康診断<br>実施人員             | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 健康診断<br>実施人員<br>(胃部X線なし) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 前立腺検査<br>実施人員            | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 実施日                      | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 合計 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| 健康診断<br>実施人員             | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人  |
| 健康診断<br>実施人員<br>(胃部X線なし) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人  |
| 前立腺検査<br>実施人員            | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人  |

(健診機関名)

[illegible]

※「前立腺受診」は、受診者に「○」を記入してください。

※「前立腺検査結果の集計」は、報告月内に判明した検査結果の集計数を記入してください。

※様式2について、同様の項目で既存の様式がある場合は  
当該様式をもって代えることができます。

| 前立腺検査結果の集計 |  |
|------------|--|
| 異常なし       |  |
| 要精検        |  |
| 要観察        |  |
| 要治療        |  |
| 計          |  |

(様式3) 健康診断再検査者報告書(指定年齢精密健康診断) 月分

健診機関名:

法人名:地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

| 職員番号 | 氏名 | 受診日 | 血圧 | 心電図 | 眼底 | 糖尿病<br>検査 | 肝機能<br>検査 | 脂質<br>検査 | 血液一<br>般検査 | 腎機能<br>検査 | 尿酸 | 便潜血 | 消化器 | 備考 |
|------|----|-----|----|-----|----|-----------|-----------|----------|------------|-----------|----|-----|-----|----|
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |
|      |    |     |    |     |    |           |           |          |            |           |    |     |     |    |

○印が再検査項目

表に記載がない再検査項目は備考に記載

(様式4) 胸部エックス線再検査者報告書(指定年齢精密健康診断) 月分

健診機関名:

法人名:地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

| 職員番号 | 氏名 | 性別 | 受診日 | 検査結果及び指示事項 |
|------|----|----|-----|------------|
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |
|      |    |    |     |            |

(様式5)

至急連絡票(指定年齢精密健診)

健診機関名:

送 付 日:

|      |  |      |  |    |  |
|------|--|------|--|----|--|
| 職員氏名 |  | 職員番号 |  | 年齢 |  |
| 所属名  |  | 受診日  |  | 性別 |  |

| 項 目  |             | 基準値                             | 今回検査結果 | 備考 |
|------|-------------|---------------------------------|--------|----|
| 糖代謝  | 空腹時血糖       | 250mg/dℓ 以上                     |        |    |
|      |             | 50mg/dℓ 以下                      |        |    |
|      | HbA1c(NGSP) | 10.0% 以上                        |        |    |
| 肝機能  | GOT         | 300 IU/以上                       |        |    |
|      | GPT         | 300 IU/以上                       |        |    |
|      | γ-GTP       | 500 IU/以上                       |        |    |
| 脂質代謝 | LDL-C       | 300mg/dℓ 以上                     |        |    |
|      | 血清トリグリセライド  | 1,000mg/dℓ 以上                   |        |    |
| 血液一般 | 白血球         | 20,000 μℓ以上                     |        |    |
|      |             | 2,000 μℓ以下                      |        |    |
|      | 赤血球(男)      | $651 \times 10^4 / \mu \ell$ 以上 |        |    |
|      |             | $299 \times 10^4 / \mu \ell$ 以下 |        |    |
|      | 赤血球(女)      | $601 \times 10^4 / \mu \ell$ 以上 |        |    |
|      |             | $249 \times 10^4 / \mu \ell$ 以下 |        |    |
|      | 血色素(男)      | 19.0g/dℓ 以上                     |        |    |
|      |             | 8.9g/dℓ 以下                      |        |    |
|      | 血色素(女)      | 17.0g/dℓ 以上                     |        |    |
|      |             | 6.9g/dℓ 以下                      |        |    |
| 腎機能  | 尿酸          | 11.0mg/dℓ 以上                    |        |    |

参考項目

|    |    |
|----|----|
| 身長 | cm |
| 体重 | kg |
| 血圧 | ～  |

様式5について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

## 溝の口支所婦人科検診業務委託特記仕様書

### 1 委託内容

職員の希望検査項目に応じて、次の（１）から（６）の検査を実施する。

#### （１）乳房X線検査：質問及びX線検査（二方向撮影）

年度末年齢が 19～51 歳の奇数年齢及び 53 歳以上の職員が対象。

#### （２）乳房超音波検査：質問及び超音波法による検査

年度末年齢が 19～51 歳の奇数年齢の職員が対象。（１）又は（２）の一方のみ希望可。

#### （３）子宮がん（頸部）：診察及び問診、細胞診（頸部）

#### （４）骨密度検査：問診及びD X A法による検査（超音波法による検査も可）

年度末年齢が 30 歳、35～51 歳の奇数年齢及び 53 歳以上の職員が対象。

### 2 検診体制

（１）１に掲げる婦人科検診の検査項目を実施できる施設（検査会場）を確保できること。

（２）すべての検査項目を同一施設内において１日で終了できること。

### 3 実施方法

#### （１）検査日時の決定及び調整

ア 法人は、受診者名簿を健診機関に送付する。

イ 検診機関は受診者名簿に基づき受診日時の割振りを行い、個人別の受診票（親展・密封）を作成し、法人へ事前に送付する。その際、法人の理事長あてに、受診者ごとの受診日時を記載した一覧表（任意様式）を併せて送付する。

ウ 受診者が指定された受診日時に受診できない場合は、日程を変更するものとし、その調整は、受診者と検診機関で行う。

#### （２）検査の実施

受診者は、指定された日時に受診票を持参し、検診機関で受診する。

### 4 受診予定件数（３年分累計）

検査項目別の予定件数は、次のとおりとする。ただし、件数については増減があるものとする。

ア 乳房X線：15 件

イ 乳房超音波：6 件

ウ 子宮がん（頸部）：18 件

エ 骨密度：24 件

### 5 結果報告

（１）各受診者の個人結果通知（親展・密封）は、受診後 20 日以内に検診機関が検診機関の様式を用いて、受診者ごとに個別の封筒（親展・密封）に入れ法人に送付する。また、所属別に作成した受診者ごとの結果一覧表（任意様式）を法人に送付する。

（２）検診結果の法人への報告は月毎に集計し、翌月 20 日までに、様式 1 「婦人科検診実施結果報告書」、様式 2 「婦人科検診受診者名簿」及び様式 3 「婦人科検診結果一覧表」を提出する。

様式 1

婦人科検診実施結果報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所

理事長 殿

検診機関名称

代表者職・氏名

印

年 月分の婦人科検診実施結果について、次のとおり報告します。

| 実施日      | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 乳房X線     | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 乳房超音波    | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 子宮がん（頸部） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 骨密度      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合 計      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 実施日      | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 乳房X線     | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 乳房超音波    | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 子宮がん（頸部） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 骨密度      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合 計      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| 実施日      | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 乳房X線     | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 乳房超音波    | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 子宮がん（頸部） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 骨密度      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 合 計      | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※「小計」及び「合計」は、実人数を記入する。

## 様式2 婦人科検診受診者名簿 ( 年 月)

(検診機関名)

[illegible]

※「受診区分」は、該当欄に「○」を記入してください。

## (検診機関名)

[illegible]

※「結果集計」は、報告月の検査結果の集計数を記載してください。

※様式3について、同様の項目で既存の様式がある場合は、当該様式をもって代えることができます。

| 結果集計 | 乳がん | 子宮がん | 骨密度 |
|------|-----|------|-----|
| 異常なし |     |      |     |
| 要精検  |     |      |     |
| 要観察  |     |      |     |
| 要治療  |     |      |     |
| 計    |     |      |     |

## 溝の口支所腹部超音波検診業務委託特記仕様書

### 1 委託内容

内臓（肝臓、胆のう、ひ臓、腎臓、すい臓等）及び腹部大動脈の可視範囲内での超音波による画像診断を行う。

### 2 実施時期

法人と受注者で協議の上、実施時期を決定する。なお、検診時間は8:30から12:00までとする。

### 3 検診体制

1に掲げる検査を実施できる施設（検査会場）を確保できること。

### 4 実施方法

（1）法人は、受診者名簿を検診機関に送付する。

（2）検診機関は、受診者名簿に基づき受診日時の割振りを行い、個人別の受診票（親展・密封）を作成し、法人に事前に送付する。その際、法人の理事長あてに、受診者ごとの受診日時を記載した一覧表（任意様式）を併せて送付する。

（3）受診者が指定された受診日時に受診できない場合は、日程を変更するものとし、その調整は、受診者と検診機関で行う。

### 5 受診予定者数（3年分累計）

30名。ただし、受診者数は増減する場合がある。

### 6 結果報告

（1）各受診者の個人結果通知は、受診後20日以内に検診機関が検診機関の様式を用いて、受診者ごとに個別の封筒（親展・密封）に入れ法人に送付する。また、受診者の結果一覧表（任意様式）を法人に送付する。

（2）検診結果の法人への報告は月毎に集計し、翌月20日までに、様式1「腹部超音波検診実施報告書」、様式2「腹部超音波検診受診者名簿」及び様式3「腹部超音波検診結果一覧表」を提出する。

様式 1

腹部超音波検診実施報告書

年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立産業技術総合研究所  
理事長 殿

検 診 機 関 名  
代表者職・氏名 印

年 月分の腹部超音波検診実施結果を次のとおり報告します。

| 実施年月日 | 受診者数 |
|-------|------|
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
|       |      |
| 合計    |      |

## 様式2 腹部超音波検診受診者名簿 ( 年 月)

(検診機関名)

[illegible]

※同様の項目で既存の様式がある場合は当該様式をもって代えることができます。

## (検診機関名)

[illegible]

※同様の項目で既存の様式がある場合は  
当該様式をもって代えることができます。

| 検査結果の集計 |  |
|---------|--|
| 異常なし    |  |
| 要精検     |  |
| 要観察     |  |
| 要治療     |  |
| 計       |  |