

函館市企業局職員安全衛生管理規程の運用について

1 健康診断の対象者とならない者（第39条第1項関係）

第39条第1項の管理者が別に定める職員は、次に掲げる職員とする。

- (1) 地方公務員法第3条第3項に規定する特別職に属する職員
(企業局長を除く。)
- (2) 管理者が前号に掲げる者に準ずると認める者

2 健康診断の検査の項目等（第39条第2項関係）

第39条第1項に掲げる健康診断について、その検査の項目および対象者等は、別表第1のとおりとする。ただし、管理者が必要と認めるときは、同表に掲げる検査の項目以外の項目について、併せて実施することができる。

3 健康診断の不参加者の取扱い（第42条関係）

- (1) 第42条第1項の管理者が別に定める届出書は、別記第1号様式によらなければならない。
- (2) 第42条第2項の管理者が別に定める届出書は、別記第2号様式によらなければならない。

4 予防接種等の実施（第46条第2項関係）

第46条第1項の規定により実施する予防接種について、その項目および対象者等は、別表第2のとおりとする。

附 則

この取扱いは、令和2年4月9日から施行する。

別表第1

(1) 採用時健康診断

| 対象 | 検査の項目 | 備考 |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新規 採用者 | 1 既往歴および業務歴の調査 2 自覚症状および他覚症状の有無の検査 3 身長, 体重, 腹囲, 視力および聴力 (1,000ヘルツおよび4,000ヘルツの音に係る聴力をいう。)の検査 4 胸部エックス線検査 5 血圧の測定 6 血色素量, 赤血球数等の検査 (以下「貧血検査」という。) 7 血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミナーゼ (GOT), 血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ (GPT), ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ (γ -GTP) 等の検査 (以下「肝機能検査」という。) 8 低比重リポたん ^{たん} 蛋白コレステロール (LDLコレステロール), 高比重リポたん ^{たん} 蛋白コレステロール (HDLコレステロール), 血清トリグリセライドの量等の検査 (以下, 「血中脂質検査」という。) 9 血糖検査 10 尿中の糖, たん ^{たん} 蛋白等の有無の検査 (以下「尿検査」という。) 11 心電図検査 | 医師による健康診断を受けた後3月を経過しない者を採用した場合において, その者が当該健康診断の結果を証明する書面を提出したときは, 当該健康診断の項目に相当する項目で産業医が検査の必要がないと認められたものについては, 検査を行わないことができる。 |

(2) 定期健康診断

| 対象 | 検査の項目 | | 回数 | 備考 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 第1次検診 | 第2次検診 | | |
| 全職員 | 1 既往歴および業務歴の調査 2 自覚症状および他覚症状の有無の検査 3 身長、体重、腹囲、視力および聴力（1,000ヘルツおよび4,000ヘルツの音に係る聴力をいう。）の検査 4 胸部エックス線検査および喀痰検査 5 血圧の測定 6 貧血検査 7 肝機能検査 8 血中脂質検査 9 血糖検査 10 尿検査 11 心電図検査 | 産業医が必要と認める検査 | 1年に1回 | 1 第1次検診の3, 4, 6から9までおよび11に掲げる項目のうち、産業医が検査の必要がないと認めたものは、検査を行わないことができる。 2 規則第39条第1項第1号または第3号の健康診断を受けた職員については、当該健康診断の実施の日から1年間に限り、その職員が受けた当該健康診断の項目に相当する項目の検査を行わないことができる。 3 エックス線直接撮影による検査を必要とする職員およびエックス線直接撮影による検査後3月を経過しない職員については、エックス線間接撮影による検査を行わないことができる。 4 聴力の検査は、45歳未満の職員（35歳および40歳の職員を除く。）については、産業医が適当と認める聴力（1,000ヘルツまたは4,000ヘルツの音に係る聴力を除く。）の検査をもって代えることができる。 |

(3) 特別健康診断

| 対象 | 検査の項目 | | 回数 | 備考 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| | 第1次検診 | 第2次検診 | | |
| 深夜業務従事者 | 1 既往歴および業務歴の調査 2 自覚症状および他覚症状の有無の検査 3 血圧測定 4 尿検査 5 貧血検査 6 胸部エックス線検査 | 産業医が必要と認める検査 | 6か月に1回 (6については、1年に1回) | |
| 浄水場業務従事者 および配水池業務従事者 | 細菌検査 (細菌培養寄生虫卵) | | 6か月に1回 | |
| 情報機器作業に従事する者で、 1日平均の作業時間が1時間以上であるもの | 1 眼科学的検査 2 筋骨格系に関する検査 | | 1年に1回 | 2については、産業医が検査の必要がないと認めるときは、検査を行わないことができる。 |

(4) 臨時健康診断

| 対象 | 検査の項目 |
|----------------------|--------------|
| 産業医が健康診断の実施を必要と認める職員 | 産業医が必要と認める検査 |

別表第2

| 対象 | 予防接種の項目 | 回数 | 備考 |
|----------------------|---------|----|----|
| 職務上、破傷風に感染する危険性のある職員 | 破傷風予防接種 | 適宜 | |

健康診断不参加届

| 部課名 | 職員番号 | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 | 年齢 | 電話番号 |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|----|------|
| | | () | | | |
| 不参加項目 | ○下記の健康診断必須項目のうち、不参加となる項目に☑チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 全項目 <input type="checkbox"/> 身体計測（身長、体重） <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 聴力検査 <input type="checkbox"/> 胸部エックス線検査 <input type="checkbox"/> 血圧の測定 <input type="checkbox"/> 貧血検査（血色素量、赤血球数） <input type="checkbox"/> 肝機能検査（GOT, GPT, γ -GTP） <input type="checkbox"/> 血中脂質検査 （LDLコレステロール, HDLコレステロール, 中性脂肪） <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 尿検査（尿中の糖, 蛋白等の有無の検査） <input type="checkbox"/> 心電図検査 | | | | |
| 不参加理由 | <input type="checkbox"/> 妊娠中のため <input type="checkbox"/> 産前産後休暇または育児休業中のため （休暇・休業期間 ） <input type="checkbox"/> 病気療養休暇中または退職中のため （休暇・退職期間 ） <input type="checkbox"/> 健康診断を自己受診するため <input type="checkbox"/> その他の理由（具体的に記入） [] ※業務多忙や出張などは、不参加理由になりません。 | | | | |
| 上記の理由により参加できませんのでお届けします。 | | | | | |
| 総括安全衛生管理者 様 年 月 日 | | | | | |

※健康診断実施期間中に受診できない場合に、事前に提出願います。

（胃がん・大腸がん検診については、任意検診のため提出不要）

※健康診断を自己受診する場合は、「健康診断等受診結果届」（第2号様式）に不参加項目の診断結果等を添付し、提出してください。（胸部エックス線検査については、受診結果を記載して提出してください。）

〔提出先〕 管理部総務課（内線313）

健康診断等受診結果届

| 部課名 | 職員番号 | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 | 年齢 | 電話番号 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|----|------|
| | | () | | | |
| 提出項目 | <p>○下記の健康診断必須項目のうち、受診結果を提出する項目に☑チェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>全項目</p> <p><input type="checkbox"/>身体計測（身長，体重） <input type="checkbox"/>腹囲</p> <p><input type="checkbox"/>視力検査 <input type="checkbox"/>聴力検査</p> <p><input type="checkbox"/>胸部エックス線検査</p> <p><input type="checkbox"/>血圧の測定</p> <p><input type="checkbox"/>貧血検査（血色素量，赤血球数）</p> <p><input type="checkbox"/>肝機能検査（GOT，GPT，γ-GTP）</p> <p><input type="checkbox"/>血中脂質検査 （LDLコレステロール，HDLコレステロール，中性脂肪）</p> <p><input type="checkbox"/>血糖検査</p> <p><input type="checkbox"/>尿検査（尿中の糖，蛋白等の有無の検査）</p> <p><input type="checkbox"/>心電図検査</p> | | | | |
| <p>※胸部エックス線検査を自己受診した場合は、下記に記載してください。</p> <p>医療機関名： </p> <p>検 査 日： </p> <p>検 査 結 果： </p> | | | | | |
| <p>医師の行う上記項目の検査等を受けたので、別紙のとおり受診結果を提出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>総括安全衛生管理者 様</p> | | | | | |

※健康診断を自己受診した場合に、受診結果等を添付し提出願います。

（胃がん・大腸がん検診については、任意検診のため提出不要）

〔提出先〕 管理部総務課（内線313）