

(様式第2号)

健康づくり推進事業所認定制度 取組報告書

次のとおり実施しましたので、報告します。

事業所名： 記入日： 年 月 日

※提出できない場合は、理由を記入しご提出ください。(理由：)

取り組み内容			わくまる ポイント	実施状況			ポイント 計算欄	市 確認欄	
方針	1	健康保険者が実施する「健康宣言」へ エントリーしている。	100	エントリー内容：					
	2	従業員の健康づくり担当者を決めている。	50	担当部署、担当者名：					
	3	従業員に対して健康づくりに関する 情報提供を行っている。	1回あたり 50	情報提供： _____回 内容：					
	4	病気の治療と仕事の両立の促進のための 制度がある。	150	内容：					
	5	従業員の健康課題を把握・整理している。	150	内容：					
健康診断の受診	6	特定健診受診率が95%以上～100%	200	特定健診対象者＝40歳以上74歳以下の人					
	7	特定健診受診率が70%以上95%未満	150	対象者		人			
	8	特定健診受診率が50%以上70%未満	100	受診者		人			
	9	特定健診受診率が30%以上50%未満	50	受診率					
	10	対象者の70%以上が、 各種がん検診を受診している。			対象者	受診者	割合		
			肺がん（40歳以上）	50					
			胃がん（40歳以上）	50					
			大腸がん（40歳以上）	50					
			乳がん（40歳以上）	50					
			子宮頸がん（20歳以上）	50					
	11	従業員の54%以上が、 年に1回以上歯科受診をしている。		150	従業員		人		
					受診者		人		
割合									
12	健診結果から、 医療を必要とする者に対して、 受診勧奨をし、受診状況を確認している。		50	要医療者		人			
喫煙	13	法令に準じた 受動喫煙対策を行っている。	50	内容：					
	14	事業所独自の 受動喫煙防止対策を行っている。	100	内容：					
	15	禁煙希望者への禁煙支援をしている。	100	内容：					
食習慣／飲酒	16	事業所独自に、 間食・甘味飲料の過剰摂取を抑制する 環境整備をしている。	150	具体的環境：					
	17	事業所独自に食育に取り組んでいる。	50	取組内容：					
				18	適正飲酒の情報提供をしている。	50			

→裏面もご記入ください

取り組み内容			わくまる ポイント	実施状況	ポイント 計算欄	市 確認欄
運動習慣	19	従業員に対して、運動の機会を提供している。（※）	週1回につき 50	(※6か月以上継続しているものに限る) 開始時期 内容（実施時間、参加人数等）		
	20	腰痛予防・座りすぎ防止の啓発をしている。	100	内容：		
	21	日常生活における歩数が増えるような取組をしている。	100	内容：		
メンタルヘルス／休養	22	ストレスチェックを実施し、従業員の体調観察に活用している。	50	実施頻度：		
	23	健康相談を受けやすい体制や制度がある。	50	主な取組内容：		
	24	ワーク・ライフ・バランスが取れる仕組みがある。 ※1種類あたりのポイント	50	内容：		
その他	25	健康づくりに関する団体への登録をしている。 ※1種類あたりのポイント	50	登録内容：		
	26	「職場で健康講座」を受講する。 ※上限年2回受講可。1回あたりのポイント。	50	受講回数 回	0	
	27	市が主催する健康づくりに関する講演会やセミナーに参加する。 ※1回あたりのポイント	50	参加回数 回 内容：	0	
	28	東広島市健康づくり公式アカウントをフォローしている。	50			
記入者			合計ポイント(500ポイント以上で認定)		0	

※取り組み実績の参考になるものを添付してください。

<工夫して取り組んだことについて、教えてください>

<わが社の健康づくり目標>

※従業員の健康づくりのため、今後も事業所で取り組んでいきたい健康づくりについて記載してください。

★以下は、事業所情報に変更がある場合に、変更箇所のみご記入ください。

(フリガナ)	
事業所名	
所在地	
電話番号	
FAX	
メールアドレス	
URL	
業種	☐ 農業・林業・漁業 ☐ 鉱業 ☐ 建設業 ☐ 製造業 ☐ 電気・ガス・熱供給・水道業 ☐ 情報通信業 ☐ 運輸業・郵便業 ☐ 卸売業、小売業 ☐ 金融業、保険業 ☐ 不動産業 ☐ 宿泊業、飲食サービス業 ☐ 生活関連サービス業、娯楽業 ☐ 教育 ☐ 医療、福祉 ☐ その他サービス業
従業員数	人（内訳：常時雇用 人、非常時雇用 人）
加入する医療保険	☐ 国民健康保険 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 健康保険組合 ☐ その他
担当者連絡先	所属 役職 氏名 電話番号 Email