

## 生活習慣病予防健診選定基準等に関する調査書

年 月 日 現在

施設概要	健診機関名称			
	健診機関コード			
	所在地			
	所属・担当者氏名			
	電話番号			
1 生活習慣病予防健診で指定された検査項目を実施するために必要な医師及び臨床検査技師等が確保されていますか。	イ 自身の健診機関のみで確保している ロ 一部再委託等により確保している  <b>※様式1「生活習慣病予防健診機関従事者名簿」に記入してください。(8の検診車スタッフも含む)。</b>			
2 血液に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。 <b>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</b>	イ 施設内で検査を実施している ロ 外部に再委託している			
	再委託先機関名	所在地	所要日数	
3 尿に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。 <b>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</b>	イ 施設内で検査を実施している ロ 外部に再委託している			
	再委託先機関名	所在地	所要日数	
4 便に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。 <b>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</b>	イ 施設内で検査を実施している ロ 外部に再委託している			
	再委託先機関名	所在地	所要日数	
5 読影の実施方法はどのようにしていますか。 <b>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</b>	イ 施設内で読影を実施している ロ 外部に再委託している			
	再委託先機関名	所在地	所要日数	

<p>6 マンモグラフィ機器の設置若しくは外部委託先はありますか。また、検診を実施するために必要な医師及び臨床放射線検査技師が確保されていますか。(代表者のみ氏名記載)</p> <p>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</p>	<p>イ マンモグラフィ機器を設置している</p> <p>担当(読影)医師 名 氏名 他 名 放射線技師 名 氏名 他 名</p> <p>ロ マンモグラフィ機器は設置していないが再委託先がある</p> <p>再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____</p> <p>担当(読影)医師 名 氏名 他 名 放射線技師 名 氏名 他 名 契約年月日 年 月 日～ 年 月 日</p>
<p>7 子宮頸がん検診は院内で実施していますか。(担当医師は代表者のみ記載)</p> <p>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</p>	<p>イ 院内で実施している</p> <p>担当医師 名 氏名 他 名</p> <p>ロ 院内で実施できないが再委託先がある</p> <p>再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____</p> <p>担当医師 名 氏名 他 名 契約年月日 年 月 日～ 年 月 日</p>
<p>8 眼底検査は院内で実施していますか。(担当医師は代表者のみ記載)</p> <p>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</p>	<p>イ 院内で実施している</p> <p>ロ 院内で実施できないが再委託先がある</p> <p>再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____</p> <p>担当医師 名 氏名 他 名 契約年月日 年 月 日～ 年 月 日</p>
<p>9 検診車を有していますか。</p>	<p>イ 保有している。</p> <p>・検診車 _____ 台</p> <p>胃部のみ _____ 台 撮影方法 直接 間接 デジタル 胸部のみ _____ 台 撮影方法 直接 間接 デジタル 胃部、胸部 _____ 台 撮影方法 直接 間接 デジタル マンモグラフィ _____ 台</p> <p>・検診車スタッフ _____ 名</p> <p>医師 _____ 名、技師 _____ 名 看護師 _____ 名、事務員 _____ 名、その他 _____ 名</p> <p>・稼働範囲 _____ ～ _____</p> <p>・検診車派遣条件(人数等) _____ 人以上で稼働</p> <p>・受付、待合及び更衣スペース 確保している・確保していない 確保していない場合の対応方法 ( _____ )</p> <p>ロ 保有していない。</p>

<p>10 生活習慣病予防健診を実施することが可能な、曜日、人数について</p>	<p>① 当協会の生活習慣病予防健診の実施曜日に○で囲んでください。 月 火 水 木 金 土 日</p> <p>② 協会けんぽの生活習慣病予防健診の<u>1日の最大受入れ可能人数</u>と<u>年間の受入れ可能人数</u>はそれぞれ何人ですか。 ※可能な限り正確な人数を記載してください。</p> <p><u>1日 最大</u> _____ 人    <u>年間 計</u> _____ 人</p> <p>③ 協会けんぽの生活習慣病予防健診以外の健診（事業者健診・健保組合の健診等）も含め、貴健診機関の全ての健診について、1日の最大受入れ可能人数と年間の受入れ可能人数をそれぞれ記載してください。</p> <p><u>1日 最大</u> _____ 人    <u>年間 計</u> _____ 人</p>
<p>11 内部精度管理について 生化学検査等の検査に関してX-R管理図法等を用いた精度管理を毎日実施していますか。</p>	<p>イ 毎日実施している 精度管理方法名 ① ( _____ ) ② ( _____ ) ③ ( _____ )</p> <p>ロ 外部に再委託している (再委託先名 _____ )</p>
<p>12 外部精度管理への参加状況について ※最新の外部精度管理結果（写） （複数ある場合結果の良いものを一通）を提出してください。 検体再委託の場合は、再委託先で保有している外部精度管理結果の（写）を提出してください。</p>	<p>① 参加している精度管理名を記載してください。 ( _____ ) ( _____ ) ( _____ )</p> <p>② 上記、精度管理調査結果において問題があった場合院内で検討会等を開催していますか。 イ 実施      ロ 未実施</p>
<p>13 健診施設の機能評価の認定等の取得状況について</p>	<p>健診の関係学会等が実施している健診施設の各種機能評価の認定等の取得状況を記載してください。</p> <p>(記載事項) ・ 関係学会名／認定等の種類／認定（更新）年月日／認定期間</p>

<p>14 健診結果データの保存について</p>	<p>受診者の健診結果データ、レントゲンフィルム等健診結果データの管理体制が整っていますか。          保存年数 _____ 年保存          保管場所 ( _____ )</p>
<p>15 受診者に対する健診結果通知について</p>	<p>①システム等に受診者の検査数値等を登録する際、複数人で確認する等の対応を実施していますか。          イ 実施      ロ 未実施</p> <p>②健診結果を送付する際に、送付先誤りや他者の健診結果通知の混入等の送付誤りがないように複数人で確認する等の対応を実施していますか。          イ 実施      ロ 未実施</p> <p>③健診結果は、概ね14日以内に通知していますか。          イ 通知している          ロ 通知していない (理由 _____ )</p>
<p>16 「要治療者」又は「要精密検査」の方への受診勧奨等について</p>	<p>① 健診の結果「要治療者」又は「要精密検査」となった受診者に、医療機関の受診の勧奨を実施していますか。          イ 実施      ロ 未実施          実施している場合の実施方法          ( _____ )</p> <p>②上記①で勧奨を行っている場合、勧奨の結果を記録していますか。          イ 記録している      ロ 記録していない</p>
<p>17 連携医療機関について</p>	<p>精密検査・治療が必要な者に対して適切な措置のとれる連携医療機関を記載してください。          連携医療機関名 ( _____ )</p>
<p>18 胃内視鏡検査の実施状況について  <b>※再委託をしている場合は、再委託先との契約書(写)を提出してください。</b></p>	<p>①胃内視鏡検査は実施していますか。          イ 実施している      ロ 実施していない</p> <p>②胃内視鏡検査を実施している場合、院内で実施していますか。          イ 院内で実施している          ロ 院内で実施できないが再委託先がある          ハ 院内で実施しているが、再委託先もある          再委託先名称 _____          再委託先住所 _____          担当医師 _____ 名 氏名 _____ 他 名 _____          契約年月日 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日</p> <p>③胃内視鏡検査を実施している場合、どのような者に対して実施していますか。          イ 希望者に実施      ロ 医師の判断に基づき実施</p>

	<p>ハ その他の条件で実施（ ）</p> <p>③胃内視鏡検査を実施している場合、経口・鼻腔の割合はどれくらいですか。  <u>経口（                  割）</u>          <u>鼻腔（                  割）</u></p> <p>④胃内視鏡検査を実施している場合、差額費用を徴収していますか。</p> <p>イ 徴収している（経口実施時差額費用                  円）</p> <p>ロ 徴収している（鼻腔実施時差額費用                  円）</p> <p>ハ 徴収していない</p>
<p>19 高濃度乳房への対応について</p>	<p>①マンモグラフィ検査による乳房構成を受診者に通知していますか。</p> <p>イ 通知している          ロ 通知していない</p> <p>②高濃度乳房で健診結果が判定できなかった場合、どのように受診者へ通知していますか。</p> <p>イ 異常なし          ロ 判定不能          ハ その他（                  ）</p> <p>③高濃度乳房と判明した受診者が希望した場合、超音波検査を実施することはできますか。</p> <p>イ 実施できる          ロ 実施できない</p>



	<p>②受診記録を情報提供サービス（または電子媒体）で協会に報告するまでのデータ連の手順（データ廃棄（消去）まで含む）についての概要を記載してください。</p>
	<p>③セキュリティ対策についてどのような教育体制がとられているか記入してください。（マニュアル等があれば添付してください。）</p>
	<p>④セキュリティインシデント発生時にどのような体制がとられているか記入してください。（マニュアル等があれば添付してください。）</p>
<p>22 情報提供サービスの利用等について</p>	<p>① 情報提供サービスを利用する端末設置場所を記載してください。  （ ）  （ ）  （ ）</p>
	<p>② 情報提供サービスにログインするためのパスワードの管理方法について記載してください。  （ ）</p>
	<p>③ 情報提供サービスからダウンロードできる健診予定者名簿等に設定されているパスワードの管理方法について記載してください。  （ ）</p>
	<p>④ 情報提供サービスを使用する端末について、情報セキュリティ対策を施されているか記載してください。  （ ）</p>
<p>23 USBトークンの管理等について</p>	<p>① USBトークンの保管方法について記載してください。  イ. 施錠できる場所に保管し、必要に応じて都度、使用している。  ロ. 施錠できない場所に保管している。  ハ. パソコン等に挿入したままである。  ニ. 特段取扱いを決めていない。  ホ. その他  （ ）</p>

	<p>② USBトークンの利用管理について記載してください。</p> <p>イ. 申請した使用端末場所以外で使用できないように、管理簿等を作成のうえ、どこでだれが使用しているか管理している。</p> <p>ロ. 特段取扱いを決めていない。</p> <p>ハ. その他 ( )</p>
	<p>③ 貴健診機関で所持しているUSBトークンを現物確認し、(Jから始まる)管理番号を記載してください。</p> <div data-bbox="577 636 1474 860" style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>24 社会保険料納付状況について</p>	<p>直近1年分(12ヶ月分)の健康保険料、厚生年金保険料に関する納付が確認できる領収証(写)等を提出してください。</p>
<p>25 他保険者と特定保健指導の委託契約を締結していますか。(該当する方に○を付けてください。)</p> <p>※現在、協会けんぽと特定保健指導の委託契約を締結している場合は、回答不要です。</p>	<p>イ している</p> <p>①委託契約している保険者を記載してください。 ( )</p> <p>②特定保健指導実績評価者数(前年度の実績を記載してください。) 年間 約 _____ 人</p> <p>③実施可能な特定保健指導実績評価者の見込数 年間 約 _____ 人</p> <p>④当協会と特定保健指導の委託契約を締結できますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・できる</li> <li>・できない</li> </ul> <p>できない場合は、その理由を記入してください。 ( )</p> <p>ロ していない</p> <p>特定保健指導を実施していない場合は、その理由を記載してください。 ( )</p>



<p>26 事業者健診データの提供について</p>	<p>① 当協会に事業者健診データを提供するため、事業者健診データを提供に係る契約を締結していますか。        イ 締結している      ロ 締結していない        締結していない場合は、その理由を記載してください。        ( )</p>
	<p>② 上記①で契約している場合は、事業者の代わりに健診実施機関が保険者に定期健康診断等の結果を提供するため、〔厚生労働省労働基準局長通知『「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について」の一部改正について』(基発 0731 第1号・保発 0731 第4号)』別添2 健康診断委託契約書ひな形を活用していますか。        イ 活用している      ロ 活用していない        活用している場合は、契約している事業者数を記入してください。        ( ) 社        活用していない場合は、その理由を記載してください。        ( )</p>
<p>27 職員の健診について</p>	<p>貴機関の職員は生活習慣病予防健診を利用していますか。        イ 利用している      ロ 利用していない        利用している場合は、事業所記号(数字8桁)を記入してください。        ( )        利用していない場合は、その理由を記載してください。        ( )</p>

代表者または責任者名      印