

生活習慣病予防健診関係報告書（新規機関用）

平成 年 月 日 現在

施設概要	健診機関名称	
	所在地	
	代表者氏名	
	診療科名	
1 健診部門の直接の責任者および事務担当責任者の氏名を記入してください。	イ 直接責任者 役職名 _____ 氏名 _____ ロ 事務担当責任者 役職名 _____ 氏名 _____	
2 生活習慣病予防健診で指定された検査項目資料1「健診の基準」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。 ※指定様式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。 （6の検診車スタッフも含む）。	
3 生活習慣病予防健診で指定された検査項目、資料1「健診の基準」を実施するために必要な医療設備を保有していますか。	イ 保有している。 ロ 保有していない。 ※指定様式2「生活習慣病予防健診検査項目及び検査機器（施設）」を記入して提出ください。	
【施設における状況】 4 X線間接撮影装置（胃・胸部）が設置されていますか。	イ 設置している。（胃のみ ・ 胸部のみ ・ 胃、胸部共 ） ロ 設置していない。	
【施設における状況】 5 X線直接撮影装置（胃・胸部）が設置されていますか。	イ 設置している。（胃のみ ・ 胸部のみ ・ 胃、胸部共 ） ロ 設置していない。	

<p>6 検診車を有していますか。有している場合は、検診車スタッフと検診車の台数及び実施能力等を記入してください。</p>	<p>イ 保有している。 (詳細)</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)</p> <p> 胸部のみ _____ 台 撮影方法：(直接 間接 デジタル)</p> <p> 胃部、胸部 _____ 台 撮影方法：(直接 間接 デジタル)</p> <p> 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</p> <p> 看護師 _____ 名、事務員 _____ 名、その他 _____ 名</p> <p>・稼働範囲（地域）： _____</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>7 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。</p> <p>※再委託にて実施する場合は指定様式6-1「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</p>	<p>イ 施設内で検査ができる。 ロ 外部に再委託している。</p> <table border="1" data-bbox="518 1288 1541 1456"> <thead> <tr> <th data-bbox="518 1288 917 1361">再委託先機関名</th> <th data-bbox="917 1288 1308 1361">所在地</th> <th data-bbox="1308 1288 1541 1361">所要日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="518 1361 917 1456"></td> <td data-bbox="917 1361 1308 1456"></td> <td data-bbox="1308 1361 1541 1456"></td> </tr> </tbody> </table>			再委託先機関名	所在地	所要日数			
再委託先機関名	所在地	所要日数							
<p>8 尿に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。</p> <p>※再委託にて実施する場合は指定様式6-1「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</p>	<p>イ 施設内で検査ができる。 ロ 外部に再委託している。</p> <table border="1" data-bbox="518 1612 1541 1780"> <thead> <tr> <th data-bbox="518 1612 917 1686">再委託先機関名</th> <th data-bbox="917 1612 1308 1686">所在地</th> <th data-bbox="1308 1612 1541 1686">所要日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="518 1686 917 1780"></td> <td data-bbox="917 1686 1308 1780"></td> <td data-bbox="1308 1686 1541 1780"></td> </tr> </tbody> </table>			再委託先機関名	所在地	所要日数			
再委託先機関名	所在地	所要日数							
<p>9 便に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。</p> <p>※再委託にて実施する場合は指定様式6-1「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</p>	<p>イ 施設内で検査ができる。 ロ 外部に再委託している。</p> <table border="1" data-bbox="518 1937 1541 2103"> <thead> <tr> <th data-bbox="518 1937 917 2011">再委託先機関名</th> <th data-bbox="917 1937 1308 2011">所在地</th> <th data-bbox="1308 1937 1541 2011">所要日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="518 2011 917 2103"></td> <td data-bbox="917 2011 1308 2103"></td> <td data-bbox="1308 2011 1541 2103"></td> </tr> </tbody> </table>			再委託先機関名	所在地	所要日数			
再委託先機関名	所在地	所要日数							

<p>10 マンモグラフィ機器の設置若しくは再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。</p> <p><u>※再委託にて実施する場合は指定様式6-3「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</u></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 _____ 放射線技師 名 氏名 _____</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 _____ 担当（読影）医師 名 氏名 _____ 放射線技師 名 氏名 _____ 契約年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>ハ 未定である。[_____]</p>
<p>11 子宮頸がん検診は院内で実施可能ですか。</p> <p><u>※再委託にて実施する場合は指定様式6-4「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</u></p>	<p>イ 院内で実施可能である。</p> <p>担当医師 名 氏名 _____</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 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>ハ 未定である。[_____]</p>
<p>12 眼底検査は院内で実施できますか。</p> <p><u>※再委託にて実施する場合は指定様式6-5「再委託承認申請書」を添付書類と併せて提出してください。</u></p>	<p>イ 院内で実施可能である。</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 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>ハ 未定である。[_____]</p>
<p>13 胃内視鏡検査の実施について記入してください。</p> <p><u>※再委託にて実施する場合は指定様式6-2「再委託承認申請書を添付書類と併せて提出してください。</u></p>	<p>イ 院内で実施可能である。</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 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日</p> <p>ハ 院内で実施できず、再委託先もない。</p> <p>ニ その他。[_____]</p>

<p>19 外部精度管理の結果に対して対策を検討していますか（例対策会議を行っている等）</p>	<p>イ 検討している。 具体的に記入してください。 ()</p> <p>ロ 検討していない。</p>														
<p>20 健診施設の機能評価の認定等の取得状況について</p>	<p>イ 取得していない。</p> <p>ロ 取得している。 ・取得している機能評価認定（※別紙記載のうえ添付でも可）</p> <table border="1" data-bbox="582 562 1535 860"> <tr> <td rowspan="3">1</td> <td>関係学会・団体名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定（更新）年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td>関係学会・団体名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定（更新）年月日</td> <td></td> </tr> </table>	1	関係学会・団体名		認定の種類		認定（更新）年月日		2	関係学会・団体名		認定の種類		認定（更新）年月日	
1	関係学会・団体名														
	認定の種類														
	認定（更新）年月日														
2	関係学会・団体名														
	認定の種類														
	認定（更新）年月日														
<p>21 検体の取扱、保守管理等について、どのような事故防止対策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 受診者の健診結果データ、レントゲンフィルム等健診記録の管理はどのようにされていますか。</p>	<p>① 記録管理について</p> <p>イ 個人ごとに管理している。 ロ 事業所（会社）ごとに管理している。 ハ 健診日（月）ごとに管理している。 ニ その他 ()</p> <p>② 保存について</p> <p>イ 保存している。(年間保存) ロ 保存していない。</p> <p>③ 事務処理方法について</p> <p>イ すべて手書きにより処理している。 ロ コンピューターにより処理している。</p>														
<p>23 健診結果データは、協会指定の形式により提出できますか。</p>	<p>イ 提出できる。 ロ 提出できない。</p>														

<p>24 情報提供サービスを利用できますか。 <u>※指定様式5「ユーザーID払出申請書」提出してください。</u></p>	<p>イ 利用できる。</p> <p>ロ 利用できない。 理由 []</p> <p>※情報提供サービスとは、インターネットを利用し、健診予約情報の確認及び請求等を適正かつ効率的に行うことを目的に協会が提供するアプリケーションのこと。生活習慣病予防健診は、情報提供サービスを利用して運営することを基本としている。</p>
<p>25 当協会への健診実施結果の報告・健診費用の請求期限は、健診実施月の翌月15日となっておりますが、期日までに報告できますか。</p>	<p>イ 報告できる。</p> <p>ロ 報告できない。 (理由)</p>

(次ページへ続く)

<p>26 健診当日、受診者に対する健診結果の説明を実施していますか。</p>	<p>イ 実施している。 ロ 希望者のみ実施している。 ハ 検討していない。</p>
<p>27 健診実施後、相談者に対して適切に医師、保健師による生活指導・相談、又は栄養士による栄養指導・相談のとれる体制ができていますか。</p>	<p>イ 体制ができている。 具体的に記入してください。 〔 〕 ロ 体制ができていない。</p>
<p>28 健診の結果説明、相談等を行う場合は、受診者のプライバシーに配慮した施設（部屋）が確保されていますか。</p>	<p>イ 確保している。 ロ 確保していない。</p>
<p>29 健診に必要な問診票、健診キット等は、受診日 2 週間前までに送付できますか。</p>	<p>イ 送付可能である。 ロ 送付できない。 理由を記入してください。 〔 〕</p>
<p>30 受診者に対する健診結果通知は、健診実施後概ね 2 週間以内に通知できますか。</p>	<p>イ 通知できる。 ロ 通知できない。 理由を記入してください。 〔 〕</p>
<p>31 受診者あての健診結果通知は、当協会で示した結果通知票（資料 2）の内容を通知できますか。 ※貴健診機関で使用している結果通知を提出ください。（任意様式 2）</p>	<p>イ 通知できる。 ロ 通知できない。 理由を記入してください。 〔 〕</p>

<p>32 「要治療者」または「要精密検査」の方への受診勧奨等を行いますか。</p>	<p>①健診の結果「要治療者」または「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できますか。</p> <p>イ 実施できる ロ 実施できない</p> <p>実施できる場合の実施方法 ()</p> <p>②上記①で勧奨を行える場合、勧奨の結果を記録できますか。</p> <p>イ 記録している ロ 記録していない</p>	
<p>33 要精密検査者や要治療者に対する適切な措置のとれる連携医療機関がある場合は記入してください。</p>	<p>連携医療機関</p>	<p>所在地</p>
<p>34 貴機関の基準範囲を提出ください。</p>	<p>※指定様式4「検査値による指導区分の基準範囲」に記入し提出してください。</p>	
<p>35 健診の流れについて記入してください。(受付時間、検査順序、終了時間等)</p>	<p>例 受付 → 診察等(問診) → 採血 → 結果説明 8:30 9:00 9:15 11:00</p>	
<p>36 健診受診者が使用できる駐車場は何台ありますか。</p>	<p>_____台</p>	

(次ページへ続く)

37 当協会が作成する広報チラシ等に掲載する名称等を記入してください。

①基本情報

(フリガナ)

・健診機関名：

※医療法人、財団法人等は省略してください。 ※〇〇会等は記載可能です。

(フリガナ)

・住所：

※大阪市内の場合は〇〇区からの表示となります。

※ビル名等は当支部の判断で省略する場合があります。

・健診機関コード (10 ケタ)：

・ホームページアドレス：

・電話番号： () -

②その他の実施状況[() 内は一覧表の表示方法]

・巡回健診： 1. 実施しない (空白) 2. 実施希望 (別途届出が必要)

・乳がん検診： 1. 自施設で実施 (○) 2. 外部委託で実施 (外)

・子宮頸がん検診： 1. 自施設で実施 (○) 2. 外部委託で実施 (外)

・眼底検査： 1. 自施設で実施 (○) 2. 外部委託で実施 (外)

・土曜日実施： 1. 実施しない (空白) 2. 一部実施 (△) 3. 常に実施 (○)

・日曜日実施： 1. 実施しない (空白) 2. 一部実施 (△) 3. 常に実施 (○)

<p>38 現在実施している健診の種類にはどのようなものがあり、受診者数はどのくらいですか。</p>	<p>※昨年度、貴健診機関で受診した健診の種類、健診実施者数を健診実施状況表（任意様式1）として作成して提出ください。</p> <p>例 健診の種類・・・事業所健診、人間ドック、学校保健法による健診 等</p>
<p>39 上記38の健診で当健康保険加入の被保険者、被扶養者の健診を実施していますか。</p>	<p>貴健診機関が委託健診機関となっていない又は委託健診機関が遠方等の理由により、協会の補助が受けられないことを承知の上で受診している方はいますか。</p> <p>イ 受診している。 全国健康保険協会管掌健康保険加入者の健診実施者数 （年間およそ_____人）</p> <p>ロ 受診していない。（該当者がいない。）</p>
<p>40 当協会の一般健診の内容を貴機関で実施した場合の健診費用総額はいくらになりますか。</p>	<p>およそ _____ 円</p>
<p>41 特定健康診査は実施していますか。</p>	<p>イ 実施している。（参加しているものに○を付けてください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集合契約Aに参加している。 ・集合契約Bに参加している。 ・特定の健康保険組合と直接契約している。 <p>ロ 実施していない。 理由 [_____]</p>
<p>42 特定保健指導は実施していますか。</p>	<p>・特定保健指導・・・ 実施中 ・ 実施しない ・ 検討中</p> <p>[実施の場合の予定額・・・動機付け支援 _____ 円] [_____ 積極的支援 _____ 円]</p>
<p>43 市区町が行っているがん検診の委託を受けていますか。</p>	<p>イ 受託している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胃がん検診（ _____ 市区町） ・肺がん検診（ _____ 市区町） ・大腸がん検診（ _____ 市区町） ・子宮頸がん検診（ _____ 市区町） ・乳がん検診（ _____ 市区町） ・その他（ _____ ） <p>ロ 受託していない。</p>

以上