

生活習慣病予防健診関係報告書（新規機関用）

年 月 日 現在

施設概要	健診機関名称		
	所在地		
	開設者名・院長名	開設者	院長
	診療科名		
1 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）。	
2 健診部門の直接の責任者は定められていますか。 また、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 ハ 特に定めていない	
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。	
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。	
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。	

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。	イ 保有している。 (詳細) ・検診車 _____ 台 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 ・検診車スタッフ _____ 名 医師 _____ 名、技師 _____ 名 看護師 _____ 名、事務員 _____ 名、その他 _____ 名 ・稼働範囲 _____ ～ ・検診車派遣条件（人数等） _____ 人以上で稼働 ・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 (_____) ロ 保有していない。		
7 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、検診を実施するの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。	イ マンモグラフィ機器を設置している。 担当（読影）医師 _____ 名 氏名 放射線技師 _____ 名 氏名 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。 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ハ 未定である。〔 _____ 〕		
8 子宮頸がん検診は院内で実施可能ですか。	イ 院内で実施可能である。 担当医師 _____ 名 氏名 ロ 院内で実施できないが再委託先がある。 再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ハ 未定である。〔 _____ 〕		
9 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。	イ 施設内で検査ができる。 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

10 尿に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。	イ 施設内で検査ができる。 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
11 便に関する検査の実施方法はどのようにしていますか。	イ 施設内で検査ができる。 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
12 眼底検査は院内で実施できますか。	イ 院内で実施可能である。 ロ 院内で実施できないが再委託先がある。 再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 ハ 未定である。〔 _____ 〕		
13 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。	※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。 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		
14 健診のための更衣室を有していますか。	イ 有している （健診受診前に更衣室で着替え健診を実施） ロ 有している （検査室で着替える） ハ 有していない （対応方法 _____）		
15 上記13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。	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。 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 ロ 受診していない。（該当者がいない。）		

16 生活習慣病予防健診を実施することが可能な、曜日、人数はどのくらいですか。() 内は検診車での実施者数を記入してください。	生活習慣病予防健診の委託健診機関となった場合 ① 健診可能な曜日を○で囲んでください。 日 月 火 水 木 金 土 祭日 ② 1日の受入れ可能人数と年間の受入れ可能人数は何人位ですか。 <u>1日 計 人位 (内 人)</u> <u>年間 計 人位 (内 人)</u>
17 健診機関部門の組織(建物等)は医療機関部門と分離されていますか。 (複数回答可)	イ 医療機関部門と同一の建物内にて健診を行っている。 ロ 現在は分離していないが分離を予定している。 (年 月頃分離予定) ハ 医療機関と別の建物等であり、完全に分離している。 ニ 分離する予定はない。 ※指定様式3「健診部門と一般患者の区分状況」に記入して提出ください。 また、任意様式3として施設内の平面図を提出ください。
18 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。	イ 毎日実施している。 精度管理方法名 ① () ② () ③ () ロ 外部に再委託している。 (再委託先名) ハ 実施していない。
19 外部精度管理について 日本医師会による臨床検査精度管理調査又はこれに準ずる精度管理調査に毎年参加していますか。 過去2年間の精度管理評価票の写しを添付してください。	イ 参加している。 参加精度管理名 ① () ② () ③ () ロ 参加していない。

20 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）	イ 検討している。 具体的に記入してください。 () ロ 検討していない。
21 健診施設の機能評価の認定等 の取得状況について	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いただき（任意様式4）ご提出ください。 （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
22 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。）	
23 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。）	
24 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。）	

30 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。	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。 〔 〕	
31 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。	イ 通知できる。 ロ 通知できない。 理由を記入してください。 〔 〕	
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。	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。 イ 実施できる ロ 実施できない 実施できる場合の実施方法 () 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。 イ 記録している ロ 記録していない	
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。	連 携 医 療 機 関	所 在 地
34 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 日となっていますが、期日までに報告できますか。	イ 報告できる。 ロ 報告できない。 (理由)	
35 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)	イ 通知できる。 ロ 通知できない。 理由を記入してください。 〔 〕	

36 貴機関の基準範囲を提出ください。	※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。
37 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)	例 8:30 受付 →9:00 診察等(問診) →9:15 採血 →11:00 結果説明
38 健診受診者が使用できる駐車場は何台ありますか。	_____台
39 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。	およそ _____円
40 胃内視鏡検査の実施について記入してください。	イ 院内で実施可能である。 ロ 院内で実施できないが再委託先がある。 再委託先名称 _____ 再委託先住所 _____ 担当医師名 _____ 契約年月日 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日 ハ 院内で実施できず、再委託先もない。 ニ その他。[_____]
41 当協会に加入している事業所に送付します健診受診勧奨用パンフレットに掲載する名称等を記入してください。	・健診機関名 _____ ・住 所 _____ ・略 名 _____ ・電 話 番 号 _____ ・土曜日実施 有 無 _____ ・検 診 車 有 無 _____

42 特定健康診査は実施していますか。	イ 実施している。(参加しているものに○を付けてください。) ・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。 ロ 実施していない。 理由〔 〕
43 特定保健指導は実施していますか。	イ 実施している 実施している場合、お答えください。 ①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 ②実施可能な特定保健指導実績評価者の見込数 年間 約 _____人 ③当協会と特定保健指導の委託契約を締結できますか。 ・できる ・できない できない場合は、その理由を記入してください。 〔 〕 ロ 実施していない 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。 〔 〕
44 市区町が行っているがん検診の委託を受けていますか。	イ 受託している。 ・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（ ） ロ 受託していない。

45 情報提供サービスを利用できますか。	イ 利用できる。 ロ 利用できない。 理由〔 〕 ※情報提供サービスとは、インターネットを利用し、健診受診予定者の受診資格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。
46 健診費用請求までのデータの一連の流れについて記入してください。	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一連の手順（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。

47 当協会と生活習慣病予防健診
の契約を希望する理由等をご記
入ください。

48 今回のご申請において、貴健
診機関のお問合せ先をご記入く
ださい。

イ こちらから問合せする場合のご担当者のお名前

ロ 連絡可能な電話番号

※名刺を併せてご提出ください。