

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別紙2「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）。	
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、別紙2「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・検診車）」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<u>直接</u>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 <table border="0"> <tr> <td>胃部のみ</td> <td>台</td> <td>撮影方法</td> <td>直接</td> <td>間接</td> <td>デジタル</td> </tr> <tr> <td>胸部のみ</td> <td>台</td> <td>撮影方法</td> <td>直接</td> <td>間接</td> <td>デジタル</td> </tr> <tr> <td>胃部、胸部</td> <td>台</td> <td>撮影方法</td> <td>直接</td> <td>間接</td> <td>デジタル</td> </tr> <tr> <td>マンモグラフィ</td> <td>台</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ・ 検診車スタッフ _____ 名 <table border="0"> <tr> <td>医師</td> <td>名、技師</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>名、事務員</td> <td>名、その他 _____ 名</td> </tr> </table> ・ 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。	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					医師	名、技師	名	看護師	名、事務員	名、その他 _____ 名
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																														
医師	名、技師	名																													
看護師	名、事務員	名、その他 _____ 名																													
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。 <u>担当医師</u> <u>名</u> <u>氏名</u> ロ 院内で実施できないが再委託先がある。 <u>再委託先名称</u> <u>再委託先住所</u> <u>担当医師名</u> <u>契約年月日</u> <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> ～ <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> 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。 <table border="1" data-bbox="520 689 1425 842"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 689 916 763">再委託先機関名</th><th data-bbox="916 689 1307 763">所 在 地</th><th data-bbox="1307 689 1425 763">所 要 日 数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 763 916 842"></td><td data-bbox="916 763 1307 842"></td><td data-bbox="1307 763 1425 842"></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							
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。 <table border="1" data-bbox="520 969 1425 1120"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 969 916 1043">再委託先機関名</th><th data-bbox="916 969 1307 1043">所 在 地</th><th data-bbox="1307 969 1425 1043">所 要 日 数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 1043 916 1120"></td><td data-bbox="916 1043 1307 1120"></td><td data-bbox="1307 1043 1425 1120"></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							
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。 <table border="1" data-bbox="520 1252 1425 1404"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 1252 916 1328">再委託先機関名</th><th data-bbox="916 1252 1307 1328">所 在 地</th><th data-bbox="1307 1252 1425 1328">所 要 日 数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 1328 916 1404"></td><td data-bbox="916 1328 1307 1404"></td><td data-bbox="1307 1328 1425 1404"></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							
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。 <u>再委託先名称</u> <u>再委託先住所</u> <u>担当医師名</u> <u>契約年月日</u> <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> ～ <u>年</u> <u>月</u> <u>日</u> ハ 未定である。〔 〕								
13 検査以外の業務（個人情報を取り扱う業務）の実施方法はどのようにしていますか。	イ 施設内で全業務ができる。 ロ 外部に再委託している。※複数記載可 <table border="1" data-bbox="520 1951 1425 2024"> <thead> <tr> <th data-bbox="520 1951 916 2024">再委託先機関名</th><th data-bbox="916 1951 1307 2024">所 在 地</th><th data-bbox="1307 1951 1425 2024">所 要 日 数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="520 2024 916 2024"></td><td data-bbox="916 2024 1307 2024"></td><td data-bbox="1307 2024 1425 2024"></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							

14 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。[_____]		
15 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。	※令和5年度、令和6年度の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		
16 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 _____）		
17 上記15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。）		
18 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>		

19 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。
20 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。
21 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。
22 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。

23 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
24 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。）	
25 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。）	
26 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。）	

32 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。 〔 〕	
33 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。 〔 〕	
34 「要治療者」または「要精密 検査」の方への受診勧奨等を行 えますか。	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	
35 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
36 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 〕	

37 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（別紙 3） 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。 〔 〕
38 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。
39 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 受付 → 診察等（問診） → 採血 → 結果説明 8:30 9:00 9:15 11:00
40 健診受診者が使用できる駐車場は何台ありますか。	_____台
41 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
42 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 _____

43 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〔 〕
44 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。 〔 〕
45 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。

46 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。
47 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。
48 オンライン資格確認の導入状況 ※右記について、いずれか該当するものにチェックをつけてください。	該当する方に○をつけてください。 （ ）既存型 （ ）資格確認限定型 ☐ 導入済み ☐ 導入予定あり ☐ 導入予定なし ☐ 検討中導入にあたっての課題等があればご記入ください。 （ ）

49 電子カルテ情報共有サービスの導入状況 ※右記について、いずれか該当するものにチェックをつけてください。	☐ 導入済み ☐ 導入予定あり ☐ 導入予定なし ☐ 検討中 導入にあたっての課題等があればご記入ください。 ()
50 加入している健診関係団体等について	以下の健診関係団体等のうち、貴機関が加入している団体等にチェックしてください（複数選択可）。 ☐ 1：日本病院会 ☐ 2：日本人間ドック・予防医療学会 ☐ 3：日本総合健診医学会 ☐ 4：全日本病院協会 ☐ 5：全国労働衛生団体連合会 ☐ 6：結核予防会 ☐ 7：予防医学事業中央会 ☐ 8：未加入
51 健診施設の機能評価の認定等の取得状況について	以下の健診の関係団体等が実施している健診施設の各種機能評価の認定等について、貴機関が取得しているものをすべてチェックしてください（申請中のものを含む）。 ☐ 1：健診施設機能評価（日本人間ドック・予防医療学会） ☐ 2：優良総合健診施設（日本総合健診医学会） ☐ 3：健康保険組合連合会・UA ゼンセン人間ドック認定（全日本病院協会） ☐ 4：労働衛生サービス機能評価（全国労働衛生団体連合会） ☐ 5：いずれも未取得
52 健保連人間ドック健診の実施有無について	貴機関は、健保連人間ドックを実施していますか。 ☐ 1：実施している ☐ 2：実施していない

53 協会けんぽの人間ドック健診の実施希望有無等について	① 当協会では令和8年度から人間ドック健診（健保連人間ドック健診と同項目）を新たに実施します。貴機関の実施希望有無をご記入ください（「2：希望しない」を選択した場合は、以下②～③は記入不要です）。 ☐ 1：希望する ☐ 2：希望しない ② （項番30で「5：いずれも未取得」、かつ項番31で「2：実施していない」と回答した機関のみ回答してください）当協会の人間ドック健診の実施にあたっては、当協会が定める指定条件（※）について、以下の健診関係団体等から認定を受けている機関を対象とする予定です。認定にあたり申請を予定する健診関係団体等をいずれか選択してください。 ☐ 1：日本人間ドック・予防医療学会/日本病院会 ☐ 2：日本総合健診医学会 ☐ 3：全日本病院協会 ☐ 4：全国労働衛生団体連合会 ☐ 5：未定 ③ ②の条件に加え、当協会の人間ドック健診の実施にあたっては、人間ドック健診を受診した特定保健指導該当者に対して、特定保健指導の初回面談を健診当日に実施、かつその継続的支援及び実績評価まで実施できる体制を有している機関を対象とする予定です。貴機関の実施体制について、いずれか選択してください（複数選択不可）。 ☐ 1：既に体制を有している ☐ 2：契約締結時までに体制を整備する予定 ☐ 3：当日の実施不可 ※健診団体連絡協議会において取りまとめられた「適切な健保連人間ドック健診に臨まれる要件」と同条件とする予定
-------------------------------------	---

54 事業者健診（定期健康診断）の状況について	協会けんぽ東京支部と「事業者健診データの提供に係る提供依頼書の提出勧奨・取得業務及び事業者健診データ作成業務」契約を締結していますか。 ☐ 1：契約している ☐ 2：契約していない ☐ 3：契約していないが、直ちに契約が可能である 参考：事業者健診の実施件数（令和6年度） (_____ 件)
55 協会けんぽ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。	

55 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。
---	--

(※) 人間ドック健診実施に関連する内容については、協会けんぽの人間ドック健診の円滑な開始に向けて、各健診団体との情報交換等において使用場合がありますので、予めご了承ください。