**生活習慣病予防健診選定基準等に関する調査書**

***（※）再委託先が昨年度と異なる場合、または期間満了、追加の場合のみ契約書（写）を提出してください。***

　　代表者または責任者名　　　　　　　　　印

令和　　　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 | （〒　　　－　　　　　）　福岡県 |
| 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**※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）。** |
| 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。***（※）*** | 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。***（※）*** | 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。***（※）*** | 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　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）***（※）*** | 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　　　　　　　　　　　他　　名放射線技師　　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　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(複数ある場合は「別紙」としてください)再委託先名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　再委託先住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| ６　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）***（※）*** | イ　院内で実施している担当医師　　　　　　名　　氏名　　　　　　　　　　　他　　名ロ　院内で実施できないが再委託先がある(複数ある場合は「別紙」としてください)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 |
| ７　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）***（※）*** | 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 |
| ８　検診車を有していますか。 | イ　保有している。　　　　・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。 |
| ９　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 | ①　当協会の生活習慣病予防健診の実施曜日を○で囲んでください。月　　火　　水　　木　　金　　土　　日②　協会けんぽの生活習慣病予防健診の1日の最大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。　　　　1日　計　　　　　　人位　　年間　計　　　　　　　　人位 |
| 10　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 11　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。** | ①　参加している精度管理名を記載してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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 |
| 12　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してください。（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 |
| 13　健診結果データの保存について | 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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 14　受診者に対する健診結果通知について | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 15　「要治療者」または「要精密検査」の方への受診勧奨等について | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 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 |
| 16　連携医療機関について | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 17　胃内視鏡検査の実施状況について***（※）*** | 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(複数ある場合は「別紙」としてください)ハ　院内で実施しているが、再委託先もある(複数ある場合は「別紙」としてください)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ハ　その他の条件で実施（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）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。　経口（　　　　　　割）　　　鼻腔（　　　　　　割）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。イ　徴収している（経口実施時差額費用　　　　　　　円）ロ　徴収している（鼻腔実施時差額費用　　　　　　　円）ハ　徴収していない |
| 18　高濃度乳房への対応について | 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。　イ　通知している　　　ロ　通知していない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。　イ　異常なし　　　ロ　判定不能　　　ハ　その他（　　　　　　　　）1. 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。イ　　　実施できる　　ロ　実施できない |
| 19　協会・受診者への健診結果について | ①　検査値による指導区分の基準範囲を様式２に記入してください。②　健診受診者への健診結果通知票の検査数値と協会へ提出した健診結果データの数値が一致していることを確認していますか。※確認していない場合は、確認後、記入してください。●実施日：　　 　　年　　　月　　　日●確認に使用したデータ（該当に✓を付けてください。）（　）直近一カ月分の健診結果通知票と健診結果データを確認した。（　）システムの設定状況を確認（　）その他、確認に使用したデータ　　※使用したデータを記入してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　●結果（該当に✓を付けてください。）　　（　）一致している。　　（　）一致していない。 |
| 20　個人情報の取扱いについて | 個人情報の取扱い規程を定めていますか。イ　定めている　　　　　　　　ロ　定めていない |
| 21　情報提供サービスの利用等について | 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。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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データ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。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 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。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 22　ＵＳＢトークンの管理等について | ①　情報提供サービスを利用していない場合の保管方法について記載してください。　ア．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。　イ．施錠できない場所に保管している。　ウ．パソコン等に挿入したままである。　エ．特段取扱いを決めていない。　オ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| ②　ＵＳＢトークンの利用管理について記載してください。　ア．申請した使用端末場所以外で使用できないように、持ち出し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。　イ．特段取扱いを決めていない。　ウ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 23　社会保険料納付状況について | 直近１年分（12ケ月分）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。***※領収書(写)は、複数枚をA4サイズ、両面コピーとしてください。*** |