

## 特定健康診査機関データベース登録内容記入表

### 1 機関情報

(記入例、説明)

機関名 (必須) 医療法人 愛広会 聖籠クリニック

所在地 (必須) 〒950-0167 新潟県北蒲原郡聖籠町大字蓮潟 2251-8

電話番号 (必須) 0254-27-6202

FAX番号 (必須) 0254-27-6203

健診機関番号 1515011474

メールアドレス \_\_\_\_\_

ホームページ [http://www.aiko.or.jp/networks/network\\_03.html](http://www.aiko.or.jp/networks/network_03.html)

経営主体 (必須) 医療法人 愛広会 (医療法人〇〇等)

開設者名 (必須) 理事長 池田 弘

管理者名 (必須) 村山 直也

第三者評価 ・実施 (実施機関: \_\_\_\_\_) ・未実施 (ドック学会等)

上記認定取得年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

契約とりまとめ機関名 \_\_\_\_\_

(B契約参加の場合は新潟県健康づくり財団と記載。)

所属組織名 \_\_\_\_\_ (〇〇市医師会等)

### 2 スタッフ情報

医師 (必須) 常勤 1 人 非常勤 0 人

看護師 (必須) 常勤 1 人 非常勤 1 人 (パートは非常勤)

臨床検査技師 (必須) 常勤 0 人 非常勤 0 人

上記以外の健診スタッフ (必須) 常勤 1 人 非常勤 0 人 (受付、計測等の従事者)

### 3 施設等情報

受診者へのプライバシー保護 (必須) ①有 ②無  
(健診時における必要な箇所への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮の有無)

個人情報保護に関する規程類 (必須) ①有 ②無

受動喫煙対策 (必須) ①敷地内禁煙 ②施設内禁煙 ③完全分煙 ④なし

血液検査 (必須) ①独自実施 ②外部委託 (委託先: 株式会社江東微生物研究所 \_\_\_\_\_)  
(BML等)

内部精度管理 (必須) ①実施 ②未実施

外部精度管理 (必須) ①実施 (実施機関: \_\_\_\_\_) (血液検査外注の場合は  
②未実施 記載不要)

健診結果の電子的様式による提出（必須） ①有 ②無

4 運営に関する情報

(記入例、説明)

実施日及び実施期間（必須）

特定時期（主に集団健診の場合） \_\_\_\_\_ (8月第2週の平日午後)

(施設個別の場合)	午前	午後	夜間
月曜日	8:30~12:00	~	~
火曜日	8:30~12:00	~	~
水曜日	8:30~12:00	~	~
木曜日	8:30~12:00	~	~
金曜日	8:30~12:00	~	~
土曜日	~	~	~
日曜日	~	~	~
祝日	~	~	~

特定健診の単価（必須） \_\_\_\_\_ 5,000円以下/人

(基本項目の料金を記入、市町村国保、県内3国保組合、集合契約Bの場合は8,207円と記入)

特定健診の実施形態（必須） ①施設型 (・要予約 ・予約不要)

②巡回型 (・要予約 ・予約不要)

巡回型健診の実施地域 \_\_\_\_\_ (新潟県全域、新潟市内)

救急時の応急処置体制（必須） ①有 ②無

苦情に対する対応体制（必須） ①有 ②無

5 その他

前年度の特定健診の実施件数 年間 \_\_\_\_\_ 0人 1日あたり \_\_\_\_\_ 人

実施可能な特定健診の件数（必須） 年間 \_\_\_\_\_ 人 1日あたり 4~5人

特定保健指導の実施（必須） ①積極的支援 ②動機付け支援 ③実施せず

※ 記載内容に関する問合せ先

医療機関名：医療法人 愛広会 聖籠クリニック \_\_\_\_\_

電話番号：0254-27-6202 \_\_\_\_\_

担当者名：本間 博行 \_\_\_\_\_