

特定健康診査等実施形態調査票

健診機関コード										健診機関名称	担当者氏名		連絡先電話番号		
3	9	1											-	-	
特定健診に関する情報の受取方法について対応できるものに記載ください															
メールアドレス										FAX		その他			
@										-		-			

貴機関の状況についてお伺いしますので、該当する項目に「○」をご記入願います。

問1 特定健康診査等を市町村保健センター・公民館・検診車等を利用して実施しますか。

は い	
い い え	

⇒ 集団健診(巡回型)になります。(質問は以上で終了です。)

⇒ 問2の質問にお進み下さい。

問2 特定健康診査等を健診を専門に行う施設(健診センター等の他、専ら健診を実施するためのフロアやスペースを含む)で実施しますか。

は い	
い い え	

⇒ 集団健診(施設型)になります。(質問は以上で終了です。)

⇒ 問3の質問にお進み下さい。

問3 特定健康診査等の実施時に、一般の外来患者(診療を目的として来院している患者)への通常の診療行為も実施していますか。

は い	
い い え	

⇒ 問4の質問にお進み下さい。

⇒ 集団健診(施設型)になります。(質問は以上で終了です。)

問4 特定健康診査等の受診者が、一般の外来患者と混じって特定健康診査を受診しますか。

(特定健康診査等の問診の際に、一般の外来患者に使用する診察室を使用しますか。)

は い	
い い え	

⇒ 個別健診になります。

⇒ 集団健診(施設型)になります。