

2019年度  
 特定健診・特定保健指導並びに後期高齢者健康診査  
 継続意思調査及び実施機関受託業務内容調査票

機 関 番 号 \_\_\_\_\_

実施機関名 \_\_\_\_\_

【継続意思確認】 ※ 昨年度実施した医療機関のみご記入ください。

- ・ 特定健診又は特定保健指導を 2019 年度も継続契約（する・しない）
- ・ 後期高齢者健康診査を 2019 年度も継続契約（する・しない）

【特定健診】

◇実施形態      (    ) 集団健診                      (    ) 個別健診

◇詳細項目      ※下記①～③について自院か再委託かを必ず選択。

①血液検査 (    ) 自院で実施      (    ) 再委託で実施  
 ※血清クレアチニン値からの eGFR の算出を含む

②心 電 図 (    ) 自院で実施      (    ) 再委託で実施

③眼 底 (    ) 自院で実施      (    ) 再委託で実施

【特定保健指導】

◇実 施                      (    ) 実施する                      (    ) 実施しない

※実施するにチェックを入れた場合は実施形態も記入

◇実施形態                      (    ) 動機付け的支援                      (    ) 積極的支援

◇健診当日初回面接 (    ) 実施する                      (    ) 実施しない

注) 関係箇所、すべての項目にチェックをお願いいたします。