

令和2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令和2年度も継続契約（する・しない）
- ・ 後期高齢者健康診査を令和2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

◇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。