

※この用紙は、**新規で特定健診・特定保健指導実施医療機関**のお届けをされる場合、また、**既に同健診等を実施されている医療機関で実施内容に変更が生じた際**にご提出が必要です。

お届け日 年 月 日

## 特定健康診査・特定保健指導の実施内容について

### ●届出者

機関No.	所属地区医師会 ( ) 医師会
医療機関名	TEL ( )

イ. 貴機関の実施内容について、該当するものに○印をつけてください。

実施形態		特定健康診査					特定保健指導 (後期高齢者を除く)		
集団 健診	個別 健診	基本的な健診の項目 (市町村国保が実施する 保険者独自の追加健診項目を含む)	詳細な健診の項目				健診 当日 初回 面接	動機 付け 支援	積極的 支援
			貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン 及び eGFR			
—		実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない	実施する ・ 実施しない

※個別健診のみの委託料による契約となります。集団健診は本契約の実施形態として認められませんのでご注意ください。

※詳細な健診の項目について、「実施しない」の場合は他機関への委託実施の扱いとなります。

※特定保健指導の「健診当日初回面接」は、動機付け支援・積極的支援ともに実施する場合のみ選択できます。

ロ. 貴機関の土日夜間・祝日の実施内容について、該当する項目全てに○印をつけてください。

土曜日 (午前)	土曜日 (午後～夕方)	日曜日 (午前)	日曜日 (午後～夕方)	夜間 (19時以降)	祝日 (午前)	祝日 (午後～夕方)

いただいた内容については、奈良県医師会HP内「特定健診・特定保健指導実施医療機関」に掲載される地区別の実施機関一覧により、一般に公開させていただきます。