

## 運営についての重要事項に関する規程の概要 [健診機関]

- \*健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・掲出等すること。  
 \*多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。  
 \*選択肢の項目については、□を■又は☑にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日(記入日)	平成30年5月22日
------	------------	------------

※下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機関情報	機関名 <small>注1)注2)</small>	南徳島クリニック		
	所在地 <small>注1)</small>	(郵便番号)	773-0015	
		(住所)	徳島県小松島市中田町字狭間 47 番地	
	電話番号 <small>注1)</small>	0885-32-8770		
	FAX番号	0885-35-1278		
	健診機関番号 <small>注3)</small>	3610310637		
	窓口となるメールアドレス	seiyukai@ac.auone-net.jp		
	ホームページ <small>注4)</small>	http://www.seiyukai.com/top.html		
	経営主体 <small>注1)</small>	医療法人		
	開設者名 <small>注1)</small>	医療法人 成悠会 理事長 天満 仁		
	管理者名 <small>注5)</small>	坂本 幸裕		
	第三者評価 <small>注6)</small>	□実施 (実施機関: ) ☑未実施		
	認定取得年月日 <small>注6)</small>	年	月	日
	契約取りまとめ機関名 <small>注7)</small>	徳島県医師会		
所属組織名 <small>注8)</small>	小松島市医師会			

注1 (太枠の箇所) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出ている内容と同一の内容とする。

※変更があった場合は、「特定健診・特定保健指導機関変更届」の提出が必要です。(届出用紙等提出先: 徳島県医師会)

注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 保険医療機関番号を記載。

注4) 自院ホームページを開設している機関は記載、開設していない場合には徳島県医師会ホームページを記載

注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（医師等による兼務は可）

注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載

注7) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要

注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

スタッフ 情報 <small>注9)</small>		常 勤	非常勤
	医師		1 人
看護師		3 人	5 人
臨床検査技師		1 人	0 人
上記以外の健診スタッフ <small>注10)</small>		4 人	1 人

注9) 特定健康診査に従事する者のみを記載。

注10) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

施設及び 設備情報	受診者に対するプライバシーの保護 <small>注11)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし

施設及び 設備情報	血液検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託（委託機関名：ファルバ イシステムズ）
	眼底検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input checked="" type="checkbox"/> 委託（委託機関名：福本眼科）
	内部精度管理 <sup>注12)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	外部精度管理 <sup>注12)</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> 実施（実施機関：社団法人 日本医師会） <input type="checkbox"/> 未実施
	健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注11) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

運営に関する情報	実施日及び 実施時間 <sup>注13)</sup>	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00) 月・火・水・金 9:00~18:00、木 9:00~12:00、土 9:00~17:00 (例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)
	特定健康診査の単価 <sup>注14)</sup>		7,700 円以下/人
	特定健康診査の実施形態 <sup>注13)</sup>		<input checked="" type="checkbox"/> 施設型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input checked="" type="checkbox"/> 予約不要) <input type="checkbox"/> 巡回型 ( <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要)
	巡回型健診の実施地域		(例: 岡山県全域、広島県福山市)
	救急時の応急処置体制 <sup>注15)</sup>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	苦情に対する対応体制 <sup>注16)</sup>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注13) どちらだけでも、どちらも記載可。

注14) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」(いわゆる必須項目)の一式を実施した場合の単価(契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載。なお、単価には消費税を含む。

注15) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」と想定される

注16) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

その他	掲出時点の前年度における特定健診の実施件数 <sup>注17)</sup>	年間	271 人	1日当たり	0.9 人
	実施可能な特定健康診査の件数	年間	330 人	1日当たり	1 人
	特定保健指導の実施		<input type="checkbox"/> 有(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 有(積極的支援) <input checked="" type="checkbox"/> 無		

注17) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診(労働安全衛生法)及び基本健康診査(老人保健法)の実施件数を記載(実績等のない機関については記載不要)。