

一般社団法人 日本総合健診医学会
総合健診施設 施設調査票

優良総合健診施設認定委員会

【ご回答いただくにあたって】

1)情報の利用について

本調査票により取得した個人を特定する情報を公表することはありません。

2)調査期間

①受診者数、再検率、精検率に関する項目⇒**2024年4月1日～2025年3月31日**の一年間の実績

②その他(健診内容および検査機器、施設の状況、人事関係等)に関する項目⇒**入力日現在の状況**

3)ご入力いただく上での注意事項

①過去の報告データが挿入されている項目は、内容を確認のうえ、必要に応じて修正してください。

②数字は、全て「半角英数字」で入力してください。

③外字は使用しないでください。

④ファイル名は拡張子を含め、変更しないでください。また、フォーマット形式も変更しないでください。

⑤回答する箇所以外は入力できない設定になっています。

⑥提出前に未回答箇所(背景色が黄色のセル)が無いことを必ずご確認ください。

4)提出について

①**学会ホームページよりご提出ください。**

※メールでの提出は受け付けておりませんので、ご注意ください。

②提出したデータは必ず保存しておいてください。(再提出を求める場合があります。)

③入力した内容は、必ず施設長が確認してください。

④「**入力事項確認書**」は署名または記名・押印後、PDF形式にて学会ホームページからご提出ください。

(「**入力事項確認書**」は、このファイルの別シートより印刷してご使用ください。)

※受診者統計A(総合健診)の回答提出について

調査の重複を解消するため、2020年度より、受診者統計Aは施設調査票に統合され、施設調査票と同時に回答をご提出いただくことになりました。(目次番号2.4.1)

受診者統計Aの集計が提出締め切り日に間に合わない場合は、

「受診者統計A以外」にご回答、締め切り日までに施設調査票をご提出のうえ

後日、受診者統計Aを更新後に施設調査票ファイルを再提出してください。

※提出物について

「施設調査票(受診者統計A)」「機能調査票」(いずれもExcelファイル形式)および
「**入力事項確認書**(署名または記名・押印済みPDF)」の3点をご提出ください。

平面図の添付は不要です。

施設の移転・増築・レイアウト変更時(施設変更届に添えて提出)、

または実地審査を受審する際に、平面図のご提出をお願いいたします。

* * ご不明な点は、下記までお問合せください。* *

一般社団法人 日本総合健診医学会 事務局

TEL:03-5413-4400 / FAX:03-5413-0016

[お問合せ専用ページ: https://jhep.jp/jhep/ui/contact](https://jhep.jp/jhep/ui/contact)

2025年度 総合健診施設調査票 目次

入力者情報

I. 施設の概要について

- 1. 1 開設主体・施設名・住所等
- 1. 2 健診施設責任者について
- 1. 3 健診施設の設計状況
- 1. 4 巡回健診、特定健診・保健指導実施状況
- 1. 5 公的認証の取得状況

II. 健診内容および設備、検査機器について

- 2. 1 基準検査項目の実施状況
- 2. 2 専門医・指導医について
- 2. 3 使用機器について
- 2. 4 再検査、精密検査

III. 健診運営について

- 3. 1 健診実施件数
- 3. 2 総合健診の稼働状況

IV. 職員について

- 4. 1 総職員数
- 4. 2 施設長について
- 4. 3 医師
- 4. 4 学会等専門医・認定医数
- 4. 5 医師以外の職員数
- 4. 6 1日の実働人数

V. 結果説明・指導について

- 5. 1 結果説明・指導について
- 5. 2 健診中(健診後)の受診者の生活指導

VI. フォローアップ(受診後の指導)について

- 6. 1 主な紹介先病院

VII. 精度管理について

- 7. 1 外部精度管理調査への参加状況

VIII. その他の委託状況について

- 8. 1 委託状況

2025年度 総合健診施設調査票

※本調査票により取得した個人を特定する情報を公表することはありません。

回答が入力されていない設問があります。黄色に色掛けされているセルは全て入力してください。

入力者情報

入力日	
入力者名	
入力者役職	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	

I. 施設の概要について

1. 1 開設主体・施設名・住所等

※1.「開設主体」欄は選択肢が設けられています。セルを一度クリックすると、右側にプルダウンのボタンが表示されますので、該当する選択肢を選んでください。

施設会員番号	
開設主体※1	
法人名	
施設名	
代表者	
代表者役職	
所在地	
郵便番号	
都道府県	
住所	
電話番号	
FAX番号	
健診施設設立年月日	
E-mail	

1. 2 健診施設責任者について

施設長名	
施設長役職	
個人情報取扱責任者	
信頼性管理担当者(施設長と兼任不可)	
事務連絡担当者名	
事務連絡担当者役職	

1. 3 健診施設の設計状況

1. 3. 1 健診施設は独立ですか。病院または診療所に併設されていますか。

選択肢: 1 独立機関 2 病院併設 3 診療所併設

1. 3. 2 ※1. 3. 1で「2 病院併設」もしくは「3 診療所併設」と回答した
施設のみ回答してください。

健診フロアに一般クリニックの患者が入らないよう健診フロアは独立していますか。

選択肢: 1 診療スペースと健診スペースが分離されている
2 スペースは分離されていないが、診療と健診の時間帯が異なるため、
患者と健診受診者が一緒にになることはない
3 スペースも時間帯も分離されていないが、患者と健診受診者の
受付番号などを別個にして順番制を取り配慮している
4 その他

その他選択時は、右欄に詳細を記載してください。

1. 3. 3 一日の健診実施規模(設計上の最大能力人数/日)

名/日

1. 4 巡回健診、特定健診・保健指導実施状況

1. 4. 1 車載型(移動型)等、巡回健診を実施していますか。

選択肢: 1 実施している 2 実施していない

実施規模(設計上の最大能力人数/日)

名/日

1. 4. 2 特定健診(単独)を実施していますか。

選択肢: 1 実施している 2 実施していない

※特定健診(単独)とは: 総合健診以外のすべての健診(巡回健診を含む)で実施している特定健診

1. 4. 3 特定健診(総合健診に含む)を実施していますか。

選択肢: 1 実施している 2 実施していない

実施規模(健診種別に関わらず設計上の最大能力人数/日)

名/日

1. 4. 4 特定保健指導(単独)を実施していますか。

選択肢: 1 実施している 2 実施していない

※特定保健指導(単独)とは: 総合健診以外のすべての健診(巡回健診を含む)で実施している特定保健指導

1. 4. 5 特定保健指導(総合健診に含む)を実施していますか。

選択肢: 1 実施している 2 実施していない

実施規模(健診種別に関わらず設計上の最大能力人数/日)

名/日

1. 5 公的認証の取得状況

認証名称	取得状況 選択肢: <input type="radio"/> 取得 - <input type="radio"/> 未取得
日本医療機能評価機構の病院機能評価認定	
日本総合健診医学会の優良総合健診施設認定	
全日本病院協会の優良認定	
日本人間ドック学会の機能評価認定	
ISO 9001	
ISO 14001	
ISO 15189	
ISO 27001	
JIS Q 15001 プライバシーマーク	
健康評価施設査定機構 優秀施設認定	
全衛連労働衛生サービス機能評価認定	
マンモグラフィ検診施設・画像認定施設	
日本脳ドック学会 脳ドック認定施設	

その他

右欄に認証の名称を記載してください。

※複数回答がある場合は、1つのセル内にカンマ(,)で区切って入力してください。

II. 健診内容および設備、検査機器について

2. 1 基準検査項目の実施状況

2. 1. 1 基準検査項目

※1 外注とは…違う法人に業務を委託すること。(プランチラボ=外注)(サテライト=自施設)
 「同じ建物の中で外部業者に委託して行っている」ケースは「外注」に該当します。
 自施設と外注の両方で検査を行っている場合、主たる実施先を回答してください。
 ・回答はコピー&ペーストしないでください。
 ・過去の報告データが挿入されている場合は、最新の内容に更新してください。

検査項目	委託状況 ※1 選択肢: 1 自施設 2 外注 3 未実施	外注先名 (外注している場合)	外注先の実施状況 選択肢: 1 外注先での状況を確認済み 2 未確認	当日面接までの検査結果受領状況 選択肢: 1 受領 2 未受領
身長				
体重				
肥満度				
BMI				
腹囲				
血圧				
心電図(安静)				
心拍数				
眼底				
眼圧				
視力				
聴力				
呼吸機能				
胸部X線(間接)				
〃 (直接) ※2方向				
上部消化管X線(間接)				
〃 (直接)				
超音波(腹部)				
総蛋白(TP)				
Alb				
クレアチニン(Cr)				
eGFR				
血清尿酸(UA)				

総コレステロール(TC)				
LDL-C(LDL-コレステロール)				
HDL-C(HDL-コレステロール)				
non-HDL				
トリグリセリド(TG)				
Bil				
AST(GOT)				
ALT(GPT)				
γ-GT(γ-GTP)				
ALP				
グルコース(Glu)				
HbA1c				
WBC				
RBC				
Hb				
Ht				
PLT				
MCV				
MCH				
MCHC				
CRP				
血液型(初回)				
HBsAg				
尿PH				
尿蛋白				
尿潜血				
尿糖				
尿比重				
尿沈渣				
便潜血				

2. 1. 2 オプション項目

※受診者数は2024年4月1日～2025年3月31日までの総合健診受診者の実態について報告してください。

- ・乳房診察を実施していない場合は、実施した画像診断に基づいて「乳房診察＋マンモグラフィ」「乳房診察＋乳腺超音波」「乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波」に分けて入力してください。(重複しないようにしてください)
- ・画像診断毎に集計できない場合は、「乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波」に入力してください。

検査項目	実施状況 選択肢: 1 基本項目のセットに含 めて実施 2 オプション項目として実 施 3 契約健保により異なる 4 未実施	委託状況 選択肢: 1 自施設 2 外注 3 未実施	外注先名(外注している場合)	外注先の実 施状況 選択肢: 1 外注先で の状況を確 認済み 2 未確認	受診者数※
上部消化管内視鏡					
HCV抗体					
乳房診察＋マンモグラフィ					
乳房診察＋乳腺超音波					
乳房診察＋マンモグラフィ ＋乳腺超音波					
婦人科診察					
子宮頸部細胞診					
PSA					

2. 2 専門医・指導医について

※1 専門医・指導医の在籍については、雇用形態(常勤/非常勤)は問いません。

外注している検査において、外注先に専門医・指導医が在籍している場合は「1 在」を選択してください。
※2 「専門医・指導医」「専門医種別」欄は選択肢が設けられています。セルを一度クリックすると、右側に

プルダウンのボタンが表示されますので、クリックし、該当する選択肢を選んでください。

プルダウンがExcelのバージョンにより表示されない場合があります。以下の選択肢で該当する

種別があつた場合は直接入力してください。(選択肢以外は「選択肢以外の専門医」欄※3に記入)

- 心電図(循環器専門医／不整脈専門医／心臓血管外科専門医／臨床検査専門医)
- 眼底(眼科専門医)
- 呼吸機能(呼吸器専門医／気管支鏡専門医／臨床検査専門医)
- 超音波(超音波専門医)
- 胸部X線(放射線科専門医／呼吸器専門医)
- 上部消化管X線(消化器病専門医／胃腸科専門医／放射線科専門医)
- マンモグラフィ(乳腺専門医／検診マンモグラフィ読影医師)
- 内視鏡 上部消化管・大腸(消化器内視鏡専門医／胃腸科専門医)

検査	診断に関わ る専門医・ 指導医※1 選択肢: 1 在 2 不在	専門医・指導医種別※2 専門医・指導医「在」の場合は、該当する資格を すべて選択してください。選択肢にない資格は右 欄(自由記入)に入力してください。					選択肢以 外の専門 医※3 (自由記 入)
心電図							
眼底							
呼吸機能							
超音波							
胸部X線							
上部消化管X線							
マンモグラフィ							
内視鏡 (上部消化管・大腸)							

2. 3 使用機器について

2. 3. 1 生理検査用機器

※保守点検の間隔は、メーカー・業者等による保守点検についてご回答ください。

検査	検査機器有無 選択肢: 1 有 2 無(外注) 3 未実施	「1有」を選択した場合 の保守点検間隔※ 1 毎月 2 6ヶ月 3 その他	「3 その他」を選択した 場合具体的な期間	
心電図		⇒	⇒	
眼底		⇒	⇒	
呼吸機能		⇒	⇒	
超音波		⇒	⇒	
胸部X線		⇒	⇒	
上部消化管X線		⇒	⇒	
マンモグラフィ		⇒	⇒	
内視鏡（上部消化管）		⇒	⇒	
内視鏡（大腸）		⇒	⇒	

2. 3. 2 検体検査機器

※検体検査を自施設で実施している場合は、装置の詳細を記入してください。

※1検査項目について複数の機器を使用している場合は、「Alt+Enter」でセル内改行をするか、「／」でそれぞれ繋げて記入してください。

検査	メーカー名	型式	購入年月	
			年	月
生化学分析装置				
血球計測装置				
免疫学的分析装置				
尿分析装置				

2. 4 再検査、精密検査

2. 4. 1 再検査、精密検査指示状況(受診者統計A) ※以下のリンクから、別シートを開いて回答してください

[受診者統計Aの集計結果入力シートへ\(ここをクリック\) →](#)

2. 4. 2 検査別受診者数

- ・2024年4月1日～2025年3月31日までの総合健診受診者の実態について報告してください。
- ・検査を行っていない項目については、受診者数欄に「0」を入力してください。
- ・入力できないセルは、他のセルからの読み込みまたは自動計算されます。
- ・乳房診察を実施していない場合は、実施した画像診断に基づいて「乳房診察＋マンモグラフィ」「乳房診察＋乳腺超音波」「乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波」に分けて入力してください。(重複しないようにしてください)
- ・画像診断毎に集計できない場合は、「乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波」に入力してください。

	2024年度受診者数	再検査		精密検査		再検査指示率※3		精密検査指示率※4	
		2024年度指示者数※1		2024年度指示者数※2					
婦人科診察	0	0	0	0	0				
子宮頸部細胞診	0	0	0	0	0				
胸部X線		0	0	0	0				
消化管X線		0	0	0	0				
腹部超音波		0	0	0	0				
便潜血		0	0	0	0				
乳房診察＋マンモグラフィ	0	0	0	0	0				
乳房診察＋乳腺超音波	0	0	0	0	0				
乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波	0	0	0	0	0				
上部消化管内視鏡	0	0	0	0	0				

2. 4. 3 再検査・精密検査 受診状況(フォローアップ結果)

2023年4月1日～2024年3月31日に再検・精検の判定となった総合健診受診者で、次年度の健康診断(2025年3月31日)までに他施設での受診も含めた「精検・再検を受診した人数(フォローアップ数)」について報告してください。

- ・2023年度の「受診者数(※1)」「精検・再検の指示者数(※2)」は昨年の施設調査票報告人数が入力されています。
- 空欄の場合は2023年度の指示者数を入力してください(報告人数に訂正がある場合も変更してください)。
- ※「婦人科診察」は、細胞診以外の理由(診察、超音波)により再検・精検を指示した場合は、こちらに入力してください。
- ・再検・精検の受診者数は、再検査または精密検査を指示した受診者のうち、後日、検査を受けた人数(施設で把握出来ている分)を入力してください。
- ・検査を行っていない項目については、受診者数欄に「0」を入力してください。
- ・再検・精検の指示率・受診率(右欄)は自動計算されるため、入力不要です。

	2023年度受診者数※1	再検査		精密検査		再検査指示率	再検査受診率	精密検査指示率	精密検査受診率
		2023年度指示者数※2	2024年度までの再検受診者数	2023年度指示者数※2	2024年度までの精検受診者数				
婦人科診察									
子宮頸部細胞診									
胸部X線									
消化管X線									
腹部超音波									
便潜血									
乳房診察＋マンモグラフィ									
乳房診察＋乳腺超音波									
乳房診察＋マンモグラフィ＋乳腺超音波									
上部消化管内視鏡									

2. 4. 4 総合判定結果(1人1判定)

- ・2024年4月1日～2025年3月31日までの総合健診受診者の総合判定結果数を報告してください。
- ・受診者1人に対し複数の検査で再検査(精密検査)指示が出ている場合は「1」としてカウントしてください。
- ・同一人が同時に再検と精検を指示された場合は精検者として扱ってください。

受診者数	再検査	精密検査	再検査 指示率	精密検査 指示率
	指示者数	指示者数		
総合健診全体	0		#DIV/0!	#DIV/0!

2. 4. 5 健診後の二次検査は、自施設内(併設の病院、診療所を含めて)で行っていますか。

選択肢: 1 実施している 2 一部実施している 3 実施していない

2. 4. 6 検査機器使用状況

※2.4.5で「1 実施している」もしくは「2 一部実施している」と回答した施設のみ回答してください。

機器	使用状況 選択肢: <input type="radio"/> 使用 / - 未使用
CT	
MRI	
MMG	
内視鏡	
その他	
その他選択時は、右欄に詳細を記載してください。	

III. 健診運営について

3. 1 健診実施件数

3. 1. 1 健診別実施件数

※実施件数は、2024年4月1日～2025年3月31日までの実態について報告してください。

検査を行っていない項目については、「0」を入力してください。

※その他の健診については、高齢者医療確保法による健康診査、労働安全衛生法による

定期健康診断、出張健診、法定健康診断(雇い入れ、定期、特定業務などを含む)、

特殊健康診断、成人病検診、がん検診、移動検診等、日帰りの健診受診者の総数を入力してください。

※特定健診(単独)とは:総合健診以外のすべての健診(巡回健診を含む)で実施している特定健診

特定保健指導(単独)とは:総合健診に含む保健指導以外のすべての健診(巡回健診を含む)で実施している

特定保健指導

特定健診(単独)は、「その他の健診」と重複していて差し支えありません。

健診区分	男性	女性	合計
総合健診(日帰りドック)			0
1泊2日ドック	自施設で宿泊		0
外部ホテルで宿泊			0
その他の健診			0
◇特定健診(単独／総合健診以外)			0
◇特定保健指導(単独／総合健診以外)			0

3. 1. 2 総合健診受診者の健保組合経由申込み数

上記表の「総合健診(日帰りドック)」受診者のうち、健保組合を経由した受診者数を入力してください。

※「健保組合経由」とは、健保組合からの予約を指します。予約の形態は問いません。

(個人または企業の担当者が予約し、健保組合から補助を受ける場合も含まれます。)

※すべての健保組合を対象としているので協会けんぽ・共済組合も含めて回答してください。

(国保は社保と切り離して考えるで含みません。)

	男性	女性	合計
総合健診受診者数	0	0	0
内、健保組合 ※ 経由受診者数			0
健保組合比率(%)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

3. 1. 3 前年受診者の反復受診率

・前年度(2023年4月1日～2024年3月31日)、今年度(2024年4月1日～2025年3月31日)の総合健診受診者の実態について報告してください。

・対象者は総合健診受診者となります。総合健診とその他健診(生活習慣病健診等)を隔年で受診している等のケースはカウントしないでください。

・反復受診率=(前年受診者で今年も再受診した人の数) ÷ (今年総受診者数) × 100

※1年間に2度受診された方がいる場合は、「1」としてカウントしてください。

	男性	女性	合計
今年の総合健診受診者数	0	0	0
前年に総合健診を受診した者で今年も総合健診を受診した者の人数			0
反復受診率(%)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

3. 2 総合健診の稼働状況

3. 2. 1 一日の平均実施数(名)	[REDACTED]名
3. 2. 2 一日の最高実施数(名)	[REDACTED]名
3. 2. 3 一年間の稼働日数(日)	[REDACTED]日

3. 2. 4 各健診の実施状況

過去の報告データが挿入されている場合は、最新の内容に更新してください。

※1 夜間欄は、17:00以降についての実施状況を回答してください。

※2 1泊2日ドックの実施曜日は、該当する2日間の内、初日分のみ回答してください。

3日以上ドックを実施している場合は、1泊2日ドックに含めてください。

※3 回答はコピー＆ペーストしないでください。

【曜日別回答】

○実施 △一部実施(不定休) ×未実施

		月	火	水	木	金	土	日・祝日
総合健診 (日帰りドック)	午前	[REDACTED]						
	午後	[REDACTED]						
	夜間※1	[REDACTED]						
1泊2日ドック※2	午前	[REDACTED]						
	午後	[REDACTED]						
	夜間	[REDACTED]						
その他健診	午前	[REDACTED]						
	午後	[REDACTED]						
	夜間	[REDACTED]						
特定健診(単独)	午前	[REDACTED]						
	午後	[REDACTED]						
	夜間	[REDACTED]						
特定保健指導(単独)	午前	[REDACTED]						
	午後	[REDACTED]						
	夜間	[REDACTED]						

3. 2. 5 その他定期休診(お盆、年末年始等)

※定期休診を設けていない場合は
「なし」と入力してください。

IV. 職員について

※「常勤」「非常勤」はご施設の雇用形態に基づきます。
※パート勤務者は、フルタイムで勤務している場合も「非常勤」としてください。

4. 1 総職員数

職種	常勤		非常勤※ (派遣・パート等含)	合計
	健診専任	兼任		
医療職(コメディカルを含む)				0
事務職				0
計	0	0	0	0

4. 2 施設長について

施設長氏名			
最終卒業校名(記載されない場合は「無回答」とご記入ください)			
専門領域(無い場合は「なし」とご記入ください)			
施設長としての就業期間(年 ケ月)		年	ヶ月

所属学会

学会名	入会年	役職	専門医等取得状況		
			選択肢: <input type="radio"/> 取得	-未取得	
			専門医	認定医	指導医

4. 3 医師

4. 3. 1 常勤の健診専任医師数

名

- ※1 非会員の場合は、「非会員」と記入してください。
 ※2 複数回答がある場合は、1つのセル内にカンマで区切って入力してください。
 ・施設長以外の常勤健診専任医師をご記入ください。
 ・本調査票により取得した個人を特定する情報を公表することはありません。

氏名	専門科名※2	医籍登録年	本学会員会員番号※ 1	主な所属学会(認定医・専門医・指導医の場合は、その旨を併記する)※2	面接指導選択肢: 1 実施 2 未実施
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

4. 3. 2 常勤の兼任医師および非常勤医師数

名

・病院・診療所兼任や非常勤、読影(画像診断)、婦人科診察に協力している医師もご入力ください。

・医師入力欄に入力しきれない場合は、別紙に記載し添付してください。

・本調査票により取得した個人を特定する情報を公表することはありません。

氏名	専門科名	医籍登録年	雇用形態 選択肢: 1 常勤 2 非常勤	主な所属学会(認定医・専門医・指導医の場合は、その旨を併記する)	面接指導 選択肢: 1 実施 2 未実施
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				

81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				

111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				

144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					

177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					

4.4 学会等専門医・認定医数

※記載以外の専門医・認定医が施設に在籍している場合は、空欄に入力してください(総合健診に係る資格のみ記載してください)。

専門医・認定医等※	常勤		非常勤
	健診専任	病院・診療所兼任	
人間ドック健診専門医			
認定内科医			
内科専門医			
循環器専門医			
消化器病専門医			
放射線科専門医			
消化器内視鏡専門医			
検診マンモグラフィ読影認定医師			
総合内科専門医			
呼吸器専門医			
超音波専門医			

4. 5 医師以外の職員数

※ 複数資格を所有している場合、主に活動している資格に含めてください。

職種	常勤		非常勤 (派遣・パート等含)
	健診専任	病院・診療所兼任	
臨床検査技師			
診療放射線技師			
薬剤師			
保健師			
視能訓練士			
看護師			
看護助手			
管理栄養士			
栄養士			
健康運動指導士			
健康運動実践指導者			
情報処理技術者			
事務職員			
その他			

4. 6 1日の実働人数

- ※ 午前・午後の通常の総合健診に係わっている人数を記入してください。(巡回健診は含めません)
(受診者数によって実働人数に変動がある場合は、繁忙・閑散期を避け、通常運営時の人数を記入する。)
- ※ 複数資格を所有している場合、主に活動している資格に含めてください。

職種	午前	午後
医師		
臨床検査技師		
診療放射線技師		
薬剤師		
保健師		
視能訓練士		
看護師		
看護助手		
管理栄養士		
栄養士		
健康運動指導士		
健康運動実践指導者		
情報処理技術者		
事務職員		
その他		
合計	0	0

V. 結果説明・指導について

5. 1 結果説明・指導について

5. 1. 1 当日面接にて結果説明を行っていますか。

選択肢: 1 行っている
2 行っていない

5. 1. 2 (結果説明を行っている施設は回答)面接実施率

選択肢: 1 100% 2 80%以上100%未満 3 50%以上80%未満
4 30%以上50%未満 5 30%未満面接実施率が80%未満の場合
は、主な理由を記載してください。

5. 1. 3 (結果説明を行っている施設は回答)結果説明は医師が行っていますか。

選択肢: 1 医師が行っている
2 医師は行っていない

5. 1. 4 (結果説明を行っている施設は回答)結果説明のタイミングについて

選択肢: 1 すべての受診者に対して診察とは別に結果説明を行う(5.1.5は1を選択してください)
2 原則として診察とは別に結果説明を行う
3 原則として診察と結果説明は同時に行う

注記:

結果説明には、基準検査項目の検体検査の結果、画像診断の結果(眼底以外)、生理機能検査の結果、全てが揃っているものとします。

ただし、説明の時点では画像診断と生理機能検査の結果が未確定でも提示していれば揃っているとしてください。

5. 1. 5 (結果説明を行っている施設は回答)一部の受診者で診察と結果説明を同時にしている場合、同時にしている受診者の比率はどれくらいですか。

選択肢: 1 0%(同時にない) 2 10%未満 3 10%以上30%未満
4 30%以上50%未満 5 50%以上70%未満 6 70%以上90%未満 7 90%以上

5. 1. 6 (結果説明を行っている施設は回答)結果説明の開始時刻

選択肢: 1 10時前から 2 10時～11時 3 11時～12時
4 12時～13時 5 13時以降

注記:

午前中に受け付けた最初の受診者が結果説明を受ける時間帯を選択してください。

オプションなどで遅くなっているときは、オプションを受けない受診者について選択してください。

5. 2 健診中(健診後)の受診者の生活指導

※ 生活指導には特定保健指導も含みます。

5. 2. 1 健診中または健診後に個々の受診者の生活指導を行っていますか。
選択肢: 1 行っている 2 行っていない 3 その他

5. 2. 2 (生活指導を行っている施設は回答)指導担当者の職種

※ 「常勤」「非常勤」はご施設の雇用形態に基づきます。
※ パート勤務者は、フルタイムで勤務している場合も「非常勤」としてください。
※ 複数資格を所有している場合、主に活動している資格に含めてください。

職種	常勤者数	非常勤者数	合計人数
医師			0
保健師			0
看護師			0
管理栄養士			0
健康運動指導士			0
健康運動実践指導者			0
その他			0

VI. フォローアップ(受診後の指導)について

6. 1 主な紹介先病院

精密検査や治療を依頼(紹介)するための医療機関がありますか。主な紹介先病院名を入力してください。

1	
2	
3	
4	
5	

VII. 精度管理について

7. 1 外部精度管理調査への参加状況

※記載以外の団体が行う精度管理調査へ参加している場合は、空欄に入力してください。

外部精度管理調査実施団体名	前年の参加状況 選択肢: ○参加 -不参加	前々年の参加状況 選択肢: ○参加 -不参加
日本総合健診医学会		
日本医師会		
日本臨床検査技師会		
全国労働衛生団体連合会		
都道府県医師会		
地方臨床検査技師会(地臨技)		

VIII. その他の委託状況について

8. 1 委託状況

内容	委託の有無 選択肢: 1 有 2 無	委託先
清掃		
廃棄物		
事務		
リネン		
滅菌消毒		
食事		

回答が入力されていない設問があります。黄色に色掛けされているセルは全て入力してください。

以上

※お疲れさまでした。すべての回答終了後、本ファイルに収められている「入力事項確認書」シートを印刷し、施設長、事務連絡責任者、入力者名を署名または記名・押印のうえ、必ず本施設調査票および機能調査票と共に提出してください。

2. 4. 1 受診者統計A

※男女別に年齢別・所見群別人数、および年齢別受診者数を入力してください。

※受診者数は2024年4月1日～2025年3月31までの総合健診受診者の実態について報告してください。

※すべての背景色黄色のセルに入力してください(対象者がいない場合は「0」を入力)。

※同一人が同時に再検と精検を指示された場合は精検者として扱ってください。

〈判定区分〉

- ・再検査：nヶ月（例えば3ヶ月、6ヶ月）に同じ検査を繰り返して再確認する必要がある所見（n=1～11）

※がん検診項目における再検査についてあらためて確認いたします。がん検診で要受診となる異常所見が出た場合は、精密検査が原則です。

再検査はバリウムで食物残渣があった時や便潜血において痔などで明らかな偽陽性となつた場合などに限ります。ご確認下さい。

- ・精密検査：受診時の検査以外の検査項目を追加実施して精密に診断を行うこと、すなわち他の検査方法による精密検査を意味します。
 - ・要治療：投薬・手術・生活習慣是正など、医療機関による何らかの介入を行う必要がある所見
 - ・治療中：現在医療機関で介入を受けている所見

2.4.1 受診者統計A

※男女別に年齢別・所見群別人数、および年齢別受診者数を入力してください。

※受診者数は2024年4月1日～2025年3月31日までの総合健診受診者の実態について報告してください。

※すべての背景色黄色のセルに入力してください(対象者がいない場合は「0」を入力)。

※同一人が同時に再検と精検を指示された場合は精検者として扱ってください。

<判定区分>

・再検査 : nヶ月(例えば3ヶ月、6ヶ月)に同じ検査を繰り返して再確認する必要がある所見(n=1～11)

要観察・要経過観察は含みません。(要観察・要経過観察:12ヶ月以降に同じ検査を実施して再確認する必要がある所見)

※がん検診項目における再検査についてあらためて確認いたします。がん検診を要受診となる異常所見が出た場合は、精密検査が原則です。

再検査はバリウムで食物残渣があった時や便潜血において痔などで明らかに偽陽性となった場合などに限ります。ご確認下さい。

・精密検査:受診時の検査以外の検査項目を追加実施して精密に診断を行うこと、すなわち他の検査方法による精密検査を意味します。

・要治療 : 投薬・手術・生活習慣は正など、医療機関による何らかの介入を行う必要がある所見

・治療中 : 現在医療機関で介入を受けている所見

性別	年齢階級	女性												女性合計														
		-39				40-49				50-59				60-69				70-				0						
受診者数	判定	再検査		精密検査		要治療		治療中		再検査		精密検査		要治療		治療中		再検査		精密検査		要治療		治療中				
		受診者数	人数(%)																									
1 血圧		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
2 心電図		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
3 眼科		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
4 聴力		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
5 肺機能		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
6 胸部X線		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
7 上部消化管X線		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
8 上部消化管内視鏡		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
9 腹部超音波		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
10 肝機能		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
11 腎機能		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
12 血液学		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
13 糖代謝		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
14 脂質代謝		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
15 尿酸		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
16 血清学		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
17 尿検査		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
18 便潜血		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
19 医師診察		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
20 HCV抗体		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
21 乳房診察+マンモグラフィ		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
22 乳房診察+乳暈超音波		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
23 乳房診察+マンモグラフィ+乳暈超音波		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
24 婦人科診察		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####
25 子宮頸部細胞診		#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####

未記入のセルがありますのでご確認ください。該当者がいない場合は、「0」をご記入ください

次の段階へ(ここをクリック)

入力事項確認書

一般社団法人
日本総合健診医学会
理事長 西崎 泰弘 殿

2025年度施設調査票の入力内容を確認し、提出いたします。

(調査票提出日)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

- 本書を印刷し、施設長、事務連絡責任者、入力者名を署名または記名・押印の上「必要事項を入力した調査票エクセルファイル2種類」と共に提出してください。
- 入力事項確認書は、PDF形式で学会ホームページより提出してください。

会員番号 _____

施設名 _____

施設住所 _____

施設長署名 _____ 印

- 施設長のご署名、または記名・押印をお願いいたします。

事務連絡責任者名 _____ 印

施設調査票入力者氏名 _____ 印

- 回答欄の未記入(空欄)箇所が無いか、提出前に必ず確認してください。