

## 実施機関一覧表(集団健診・集団保健指導)

| 健診・保健指導機関番号(半角数字) | 実施機関名           | 郵便番号(半角数字・ハイフンあり) | 所在地※1         | 電話番号※2(半角数字・ハイフンあり) | 受託業務※3 |      |        |     |    |          |       |             |        |
|-------------------|-----------------|-------------------|---------------|---------------------|--------|------|--------|-----|----|----------|-------|-------------|--------|
|                   |                 |                   |               |                     | 特定健康診査 |      |        |     |    | 特定保健指導※5 |       |             |        |
|                   |                 |                   |               |                     | 実施形    |      | 詳細項目※4 |     |    | 動機付け支援   | 積極的支援 | 健診当日初回面接の実施 |        |
|                   |                 |                   |               |                     | 集団健診   | 個別健診 | 貧血     | 心電図 | 眼底 |          |       |             | クレアチニン |
| 3310213206        | 医療法人<br>岡山クリニック | 710-0834          | 岡山県倉敷市笹沖461-1 | 086-425-5282        | ○      |      | △      | ○   | ○  | △        | ○     | ○           | ○      |

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。  
実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。

※4 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。  
再委託とは、血液検査の委託や眼底検査等を他実施機関へ委託する事をいう。

※5 特定保健指導において、健診当日初回面接の実施に○をする場合は、動機付け支援と積極的支援の両方が○でなければならない。