

(様式 1-1)

## 労働衛生サービス機能評価認定申請書（新規）

平成 年 月 日

労働衛生サービス機能評価委員会

委 員 長 殿

申 請 者

機 関 名

代 表 者 名

㊦

記

### 1. 労働衛生サービス機能の評価を受ける施設

施 設 コ ー ド

施 設 名

施 設 長 名

所 在 地 〒

### 2. 提出書類（各3通）

事業概要書（様式2）に必要事項を記入して作成

### 3. 添付書類（各3通）

- ( ) ① 寄付行為または定款並びに設立許可証及び登記簿謄本の各写
- ( ) ② 役員名簿
- ( ) ③ 代表者の経歴書
- ( ) ④ 診療所開設許可書または開設届の写
- ( ) ⑤ 診療用X線装置設置届（保健所届出用）の写
- ( ) ⑥ X線装置の設置・移転・変更届（監督署届出用）の写
- ( ) ⑦ 年度別事業計画書及び年度別収支予算書（直近3カ年の状況）
- ( ) ⑧ 年度別事業報告書及び年度別収支決算書（直近3カ年の状況）
- ( ) ⑨ 監査報告書（㊦に対応するもの）
- ( ) ⑩ 事業年報（直近）
- ( ) ⑪ 事業案内書・パンフレット等
- ( ) ⑫ 訪問施設の最寄駅からの地図（徒歩またはタクシーの所要時間を記載してください）

※ 認定施設実務責任者

役 職

氏 名

連 絡 先

T E L

F A X

e-mail

(様式 1-2)

## 労働衛生サービス機能評価認定申請書（更新）

平成 年 月 日

労働衛生サービス機能評価委員会

委員長 殿

申請者

機関名

代表者名

印

記

1. 労働衛生サービス機能の評価を受ける施設

施設コード

施設名

施設長名

所在地 〒

2. 提出書類（各3通）

事業概要書（様式2）に必要事項を記入して作成

3. 添付書類（各3通）

( ) ① 役員名簿

( ) ② 事業年報（直近）

( ) ③ 事業案内書・パンフレット等

( ) ④ 自主監査結果（直近3ヶ年分）

( ) ⑤ 訪問施設の最寄駅からの地図（徒歩またはタクシーの所要時間を記載してください）

※ 認定施設実務責任者

役職

氏名

連絡先

T E L

F A X

e-mail

(様式2)

## 事業概要書

申請労働衛生機関名

---

評価を受ける施設名

---

診療所開設許可等の記載名称記入

申請施設の概要

設 立 年 月 日	年 月 日
申 請 施 設 総 従 業 員 数	人
健 診 部 分 の 従 業 員 数	人
機 関 全 体 の 年 間 総 売 上 高	百万円
機 関 全 体 の 健 診 部 分 の 年 間 総 売 上 高	百万円
評 価 を 受 け る 施 設 の 年 間 総 売 上 高	百万円

(1) 管理責任者（申請施設内）

項目	管理医師	個人情報保護 管理責任者	危機管理 責任者	精度管理 責任者	外部委託業務 管理責任者
氏 名					
役 職					
役 職 就 任 年 月 日					
当 該 職 責 経 験 年 数					

**(2) 施設の組織の概要**

申請施設全体が分かる組織図及び各部署の人事配置表(責任者及び常勤者の氏名記入)を添付してください。

既存の資料がある場合には、それを添付してください。

**(3) 健診業務等の業務分掌**

申請施設の業務分掌規程を添付してください。

**(4) 全衛連精度管理調査結果**

(評価ランクA, B, C, Dでご記入ください。)

精度管理調査の種類		成 績		
		27年度	26年度	25年度
労働衛生検査精度管理調査				
臨床検査精度管理調査				
胸部エックス線検査精度管理調査	直接			
	デジタル			
腹部超音波検査精度管理調査				

**(5) 全衛連研修会参加状況**

研 修 会	受 講 者 数		
	27年度	26年度	25年度
医師研修会	人	人	人
保健師・看護師等研修会(労働衛生コース)			
保健師・看護師等研修会(保健指導コース)			
生理機能検査研修会			
選別聴力検査研修会			
純音聴力検査研修会			
腹部超音波検査研修会(初級コース)			
腹部超音波検査研修会(中級コース)			
VDT健康診断研修会			
労働衛生機関職員研修会			
労働衛生機関渉外担当者等研修会			
検体検査研修会			
胸部エックス線検査研修会			
メンタルヘルス医師研修会			
メンタルヘルス保健師・看護師等研修会			
メンタルヘルス渉外担当者等研修会			

(6-1) スタッフ数(9月1日現在の人数をご記入ください)

職 種	常 勤	非常勤	
医 師 (全 医 師 数)	名	名	
上記全医師のうち 健診関係医師業務別内訳 (重複記載可)	産業医資格のある医師	名	名
	健診総合判定医師	名	名
	胸部X線検査読影医師	名	名
	心電図判定医師	名	名
	腹部超音波判定医師	名	名
	眼底検査読影医師	名	名
	歯科医師(歯牙健診医師)	名	名
保 健 師	名	名	
看 護 師 ・ 准 看 護 師	名	名	
管 理 栄 養 士 ・ 栄 養 士	名	名	
臨 床 検 査 技 師 ・ 衛 生 検 査 技 師	名	名	
診 療 放 射 線 技 師 ・ 診 療 エ ッ ク ス 線 技 師	名	名	
労働衛生コンサルタント(保健衛生) (重複記載可)	名	名	
労働衛生コンサルタント(工学) (重複記載可)	名	名	
衛 生 管 理 者 一 種 (重複記載可)	名	名	
衛 生 管 理 者 二 種 (重複記載可)	名	名	
事 務 職 等	名	名	
作業環境測定関係スタッフ (重複記載可)	作業環境測定士(粉じん)	名	名
	作業環境測定士(電離放射線)	名	名
	作業環境測定士(特定化学物質)	名	名
	作業環境測定士(重 金 属)	名	名
	作業環境測定士(有機溶剤)	名	名
	作業環境測定士(2種)	名	名

(6-2) 巡回健診実施時(標準的な一般健診)の一班あたりの標準スタッフ配置数

職 種	人 数	コメント:
医師	名	
看護師	名	
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
事務職	名	
その他	名	
一班あたりの最大受診者数	名	
一日当たり最大可能班編成	班	
年間巡回健診延べ回数	回	

(7-1) 主要健診実施数（前年度）

項 目	実 施 数		
	総 数	巡回健診	施設健診
定期健康診断（全項目）	件	件	件
定期健康診断（省略項目）	件	件	件
雇い入れ時健診	件	件	件
ストレスチェック	件	件	件
じん肺	件	件	件
有機溶剤健康診断	件	件	件
鉛健康診断	件	件	件
電離放射線健康診断	件	件	件
特定化学物質健康診断	件	件	件
高気圧業務健康診断	件	件	件
騒音健診	件	件	件
振動工具取扱業務健診	件	件	件
V D T 健診	件	件	件
腰痛健康診断	件	件	件
その他の特殊健康診断	件	件	件
作業環境測定実施事業場数	件		
作業環境測定実施単位作業場所数	件		
産業医業務受託件数	件	件	件
産業保健支援業務（保健師・看護師等）受託件数	件	件	件
コメント：			

(7-2) 健診（検査）数と精検率（前年度）

健診項目		受診者数 (人)	要精検者 数(人)	精検率 (%)	精検受診者数(人)		精検 受診率
					自施設	他施設	
胸部X線	一般健診	名	名	%	名	名	%
	じん肺健診	名	名	%	名	名	%
	肺がん検診	名	名	%	名	名	%
心電図		名	名	%	名	名	%
眼底		名	名	%	名	名	%
腹部超音波検査		名	名	%	名	名	%
胃がん検診	X線	名	名	%	名	名	%
	内視鏡	名	名	%	名	名	%
大腸がん検診	便潜血検査	名	名	%	名	名	%
乳がん検診	マンモグラフィ	名	名	%	名	名	%
	エコー	名	名	%	名	名	%
子宮頸がん検診		名	名	%	名	名	%
労災保険二次健診		名					

**(8-1) 健診機器・臨床検査機器・X線検査機器・車輛等保有状況**

( )内の条件を満たしている機器等の保有台数を、できれば巡回健診・施設健診別に記載してください

計測・生理検査関連機器及びX線検査機器		総数	巡回健診	施設健診
計測	身長計(自動計測・マニュアル方式を問わず)	台	台	台
	体重計(有効な計量検定証または基準適合証の添付機器)	台	台	台
	視力計(自動・マニュアル方式は問わず、遠方視力測定のみでも可)	台	台	台
	血圧計(水銀柱測定・自動測定は問わず)	台	台	台
生理検査	心電計(自動計測・マニュアル方式、チャンネル数は問わず)	台	台	台
	選別聴力計(有効な校正済証の添付機器)	台	台	台
	眼底撮影装置(アナログ・デジタルは問わず)	台	台	台
	負荷検査時の救急器材(除細動装置・酸素ボンベ・救急薬品等一式)	式	式	式
騒音健診	全周波数聴力計(有効な校正済証の添付機器)	台	台	台
	防音室または防音ボックス	台	台	台
じん肺健診	肺機能測定装置(フローボリューム曲線測定可能な機器)	台	台	台
V D T 健診	視力計(5m・50cm視力、眼位測定可能な機器)	台	台	台
	屈折計(オートレフラクトメーター等)	台	台	台
	近点計(調節機能検査用)	台	台	台
振動工具取扱業務健診	握力計	台	台	台
	痛覚計	台	台	台
	振動覚計	台	台	台
X線検査	胸部X線間接撮影装置	台	台	台
	胸部X線直接撮影装置(間接搭載を含む)	台	台	台
	胸部X線デジタル	台	台	台
	濃度計	台	台	台
	防護用プロテクター	台	台	台
	自動現像機	台	台	台
車 両	胸部X線車以外の検診車	台	台	
	その他の車両	台	台	

以下の機器は、血液・尿等の検体検査を外委託している施設は、記載の必要ありません

検体検査機器		自施設検査機関のみ記載
臨床検査	自動血球計測装置	台
	生化学自動分析装置	台
生物学的モニタリング検査	フレームレス原子吸光度計(少なくともPbランプがある機器)	台
	ガスクロマトグラフ(FID検出器がある機器)	台
	高速液体クロマトグラフ	台

**(8-2) 救命・救急機器**

救命・救急機器	除細動装置(AEDを含む)	台
	救急薬品一式	式
	酸素ボンベ	台

**(8-3) 自機関以外の胸部X線撮影検診車の年間利用延べ台数**

直接撮影	台
デジタル	台

**(9) 施設のレイアウト図**

申請施設の各フロアの部屋の配置が分かるレイアウト図を添付してください。  
既存の資料がある場合には、それを添付してください。

**(10) 健診のフロー図**

健診に係る入口から出口までの主な業務工程の種類と、業務工程を担当する部署または自機関の他施設の関係部署及び外部委託先との関連が分かるフロー図を添付してください。

**(11) 外部委託している業務の種類**

健診等に係る業務のうち、業務委託契約書に基づいて外部に委託している業務の種類と委託先の名称を記入してください。

No.	外部委託業務の種類	委託先の名称
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		







## 評価認定申請書及び事業概要書記入要領

### ● 労働衛生サービス機能評価認定申請書（新規：様式 1-1、更新：様式 1-2）

#### 1.労働衛生サービス機能の評価を受ける施設

- 施設コード：5桁の総合精度管理調査参加施設コードをご記入ください。
- 施設名：診療所開設許可書または開設届の名称または対外的に用いられている名称をご記入ください。（例：（公財）〇〇協会 附属診療所、（一財）〇〇協会 〇〇健診センター）申請書に記入された施設名で「認定証」を発行します。

#### 2.提出書類（各3通）

- 事業概要書（様式 2）下記の記入要領に従ってください

#### 3.添付書類（各3通）

- 新規施設と更新施設は添付書類が異なります。
- 28年度申請要領に基づいてご準備ください。

#### ※認定施設実務責任者

認定施設実務責任者は、申請施設において労働衛生サービス機能の評価認定に係る統括管理者です。労働衛生サービス機能評価事業実施要綱（8 申請施設の義務）で、選任を求めています。

注）申請書、提出書類、添付書類はすべて一つのファイルに綴じ込み、3部用意してください。表紙に申請施設名を明記してください。

### ● 事業概要書：申請施設の概要

申請施設総従業員数	申請施設の9月1日現在の常勤と非常勤を合わせた従業員数を記入してください。
健診部分の従業員数	申請施設の9月1日現在の健康診断に従事する人数を記入してください。
機関全体の年間総売上高	申請する労働衛生機関全体の前年度分事業収入の総額を記入してください。
機関全体の健診部分の年間総売上高	申請する労働衛生機関全体の前年度分の各種健康診断（がん検診、健康測定、人間ドックなどを含む）及び作業環境測定による事業収入の総額を記入してください。
評価を受ける施設の年間総売上高	申請施設の前年度分事業収入の総額を記入してください。（評価申請する労働衛生機関と評価認定申請施設と同一である場合は、斜線を引いてください）

<p>(1) 管理責任者 (申請施設内)</p>	<p>申請施設の管理医師・個人情報保護管理責任者・危機管理責任者(リスクマネージャー)・精度管理責任者および外部委託業務管理責任者の氏名、役職、役職就任年月日および当該職責経験年数を記入してください。</p>
<p>(2) 施設の組織の概要</p>	<p>申請施設全体が分かる組織図および各部署の人事配置表(責任者及び常勤者の氏名記入)を添付してください。</p>
<p>(3) 健診業務等の業務分掌</p>	<p>申請施設の健診業務に係る各部署の所管業務等が分かる業務分掌規程を添付してください。健診業務の要である管理医師の分掌についての記載を含む。</p>
<p>(4) 全衛連精度管理調査結果</p>	<p>各施設に通知された「評価結果通知書」のA, B, C, Dランクをご記入ください。</p>
<p>(5) 全衛連研修会参加状況</p>	<p>これまでの講習会を統合・再編し、名称は研修会に改められています。 ・純音聴力検査研修会は隔年で実施しています。</p>
<p>(6-1) スタッフ数</p>	<p>9月1日現在の従業員数を常勤・非常勤別にご記入ください。</p>
<p>(6-2) 巡回健診実施時(標準的な一般健診)の一班あたりのスタッフ標準配置数</p>	<p>巡回健診実施時のスタッフ配置数を記入してください。</p>
<p>(7-1) 主要健診実施数(前年度)</p>	<p>主要な健診項目別に前年度の総数と巡回健診・施設健診別の実施数を記入してください。</p>
<p>(7-2) 健診(検査)数と精検率(前年度)</p>	<p>前年度の健診数と精検率を記入してください。</p>
<p>(8-1) 健診機器・臨床検査機器・X線検査機器・車両等保有状況</p>	<p>健診機器等の保有台数を、巡回健診・施設健診別に記入してください。( )書き説明のあるものはその条件を満たしている台数をご記入ください。</p>
<p>(8-2) 救命・救急機器</p>	<p>救命・救急機器の保有状況を記入してください。</p>
<p>(8-3) 自機関以外の胸部X線撮影検診車の年間利用延べ台数</p>	<p>自施設の健診車のみ使用している施設は、記入の必要はありません。</p>
<p>(9) 施設のレイアウト図</p>	<p>申請施設の各フロアの部屋の配置が分かるレイアウト図を添付してください。 既存の資料で施設健診や検体検査、データ処理等を行っているフロアや部屋の配置が分かるものがあればそれでも結構です。</p>

<p>(10) 健診のフロー図</p>	<p>健診に係る入口から出口までの主な業務工程の種類と、業務工程を担当する関係部署または自機関の他施設の関係部署及び外部委託先との関連が分かるフロー図を添付してください。できれば業務工程の種類は縦方向に、関係部署等は横方向に表記し、工程の流れを矢印で記入してください。</p>
<p>(11) 外部委託している業務の種類</p>	<p>健診等に係る業務のうち、業務委託契約に基づいて外部に委託している業務の種類と委託先の名称を記入してください。</p> <p>外部委託業務の例としては、資器材等の配布、検体等の回収、血液検査、生化学検査、胸部X線撮影、診察、胸部X線写真の読影、心電図の判定、データ処理、健診結果報告書作成、成績発送、機器等の保守管理、情報システムの開発・改造・保守、施設の管理、廃棄物の運搬・処理等があります。</p> <p>業務を外部委託していない場合は、必要がありません。</p>
<p>(12) 評価に係る規程及び文書の一覧</p>	<p>チェックリストNo.の順に、評価に係る規程及び文書（標準作業書を除く）の種類と、作成または改定した年月日を記入してください。</p>
<p>(13) 評価に係る標準作業書の一覧</p>	<p>チェックリストNo.の順に、評価に係る標準作業書の種類と、作成または改定した年月日を記入してください。</p> <p>標準作業書は、特定の業務を行う際の、目的、手順、方法、注意事項等について定められた文書で、品質、安全、環境等の管理のために作成されているものです。手順書、実施要領、実施基準等と呼ばれることもあります。標準作業書は独立していなくても、関連するものに含まれていても構いません。</p>