

回答先:兵庫県健康福祉部健康局健康増進課 藤本宛
FAX 番号: 078-362-3913
回答期限: 令和 3 年 5 月 7 日(金)

本調査票にご回答いただき、FAX もしくはメールにてご回答ください。

商工会議所・商工会へのアンケート調査

質問1 商工会議所・商工会名等をご記入ください。

商工会議所・商工会名 : ()

質問2 会員への健康管理サービスを提供していますか。

(はい ・ いいえ)



【「はい」と回答された場合、下記についてもお答えください。】

健診内容、時期、健診実施機関名など

健診内容:【記載例】定期健康診断+生活習慣病健診(胃 XP、便検査など)

時 期:

健診実施機関名()

質問3 協会けんぽの「生活習慣病予防健診」を利用していますか。

(はい ・ いいえ)



【「いいえ」の場合、参考のため理由をお聞かせください。】

理由など

質問4 健康管理サービスを提供するにあたり、関係機関と連携していますか。

(はい ・ いいえ)



【「はい」と回答された場合、連携して実施している内容についてご記載ください。】

質問5 市町や協会けんぽ兵庫支部と健診受診勧奨に係る連携は可能ですか。

例：市町、協会けんぽ等が主催する健診日の入った受診勧奨リーフレットの事業所への配布(企業巡回時、郵送物に同封など)、協会けんぽとの連携による適用事業所に対する受診勧奨(送付、訪問)など

(はい ・ いいえ)



【「いいえ」の場合、参考のため理由をお聞かせください。】

理由など

質問6 協会けんぽが実施している「生活習慣病予防健診のご案内」(A4リーフレット)を窓口に設置することは可能ですか。

(はい ・ いいえ)

質問7 その他、地域保健と職域保健が連携した取組についてご意見等がございましたら、ご記入ください。

質問8 今後、アンケート回答結果について問合せやヒアリング等をお願いする場合の連絡先等についてお答えください。

所属部署： _____ email： _____

連絡先： _____ 担当者名： _____

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。