

## 小児生活習慣病予防検診業務委託仕様書

この仕様書は、市川市（以下「委託者」という。）が発注する下記の業務に関して、受託者が当該業務を履行するために必要な事項を定めるものとする。

- 1 件 名 小児生活習慣病予防検診業務委託
- 2 業務目的 当業務は、児童生徒の生活習慣病を初期段階で分析し、健康指導を行い生活習慣病の予防を図ることを目的とする。
- 3 委託場所 市川市南八幡2丁目20番2号 市川市教育委員会保健体育課
- 4 委託期間 令和8年7月1日 から 令和9年1月29日 まで
- 5 業務内容  
受託者は、以下に記載する事項に従った検診業務を行うものとする。
  - (1) 検診対象者 小学校5年生の児童のうち抽出されたもの
  - (2) 実施予定数量 会場設置3日間、予定人数300人
  - (3) 実施場所 別紙1「小児生活習慣病予防検診実施場所・日時一覧（予定）」参照  
※日程・会場は、委託者と受託者との協議のうえ、変更の可能性あり。
  - (4) 実施体制
    - ・医師を1名以上配置し、採血後の体調確認、急変時の対応を行うこと。
    - ・看護師または准看護師及び臨床検査技師の資格を有する従事者を適正に配置し、  
血圧測定や採血等の業務を行うこと。※ 詳細については、委託者と受託者との協議のうえ、計画書に記載すること。
  - (5) 会場設営  
実施にあたり、各会場の設営等の作業は受託者が行うこととし、受診者のプライバシーに配慮した会場設営を行うこと。
  - (6) 実施項目
    - ① 問診票の作成及び集計  
※ 受託者は、別紙2「生活習慣病（小児）予防健診調査票」の内容を参考に、問診票を作成し、業務実施当日に必要な数を印刷して持参すること。また、問診票の予備として、最初の業務実施日の7日前までに委託者へ50部提出すること。  
※ 問診票は検診時に回収し、問診結果と検診結果の分析を行い、結果を学校別受診結果一覧に記載のうえ委託者へ提出すること。
    - ② 身長測定、体重測定、腹囲測定の身体計測
    - ③ 血圧測定  
※ 児童の体格に合わせた血圧計（医療機器認証を受けたもの）で測定すること。
    - ④ 採血  
血液検査項目：総コレステロール値、HDL コレステロール値、  
LDL コレステロール値、中性脂肪、血糖値  
※ 業務実施当日は、②、③、④の順番に検診を実施するものとする。
  - (7) その他留意事項
    - ① 検診時には、児童に精神的影響や負担を与えないよう細心の注意を払うものとする。
    - ② 検査結果において医師の診断により再検査の必要性が認められた者がいた場合、結果が判明した日から3平日以内に委託者に報告すること。報告内容については委託者と受託者との協議のうえ、決定する。
    - ③ 資格を必要とする検査については、資格保有者が行うものとする。

- ④ 業務責任者は、正規社員（本仕様書において、「期間の定めのない雇用契約の下で就労する労働者」をいう。）とし、委託者と業務に関する協議を行う権限を有するものでなければならない。

## 6 添付資料

- (1) 別紙1「小児生活習慣病予防検診実施場所・日時一覧（予定）」
- (2) 別紙2「生活習慣病（小児）予防健診調査票」
- (3) 別紙3「完了届」

## 7 業務実施日及び業務時間

- (1) 業務実施日 別紙1「小児生活習慣病予防検診実施場所・日時一覧（予定）」参照  
※ 実施日の変更は委託者と受託者との協議のうえ、変更すること。
- (2) 業務時間 別紙1「小児生活習慣病予防検診実施場所・日時一覧（予定）」参照  
※ 検査準備等は開始時間前に完了させること。

## 8 提出書類

### (1) 提出書類

受託者は、業務の実施にあたり、業務開始前に次に示す書類を一部委託者に提出するものとする。

#### ① 計画書

業務責任者名、業務実施日及び業務場所、業務体制等を記載した計画書

#### ② 資格書等

当該業務の遂行に必要な資格証の写し

### (2) 報告書

受託者は、次の掲げる報告書等を、委託期間満了日までに委託者へ提出するものとする。ただし、①、②については令和8年12月末までを目途に、委託者と受託者との協議のうえ、提出日を決定する。

#### ① 学校別受診結果一覧

#### ② 個人宛結果表（学校別にまとめ、プライバシーに配慮し、第三者に見られないようにすること）

#### ③ 業務日誌（業務時間、業務従事者名、業務内容、業務場所を記入）

#### ④ 学校別受診者数一覧（受診者数、有所見者数を記載）

#### ⑤ 所定の完了届（別紙3）

- ※ ①は紙2部及び電子データを委託者に提出すること。②・③・⑤は紙で1部、④は電子データで委託者へ提出すること。

## 9 その他

- (1) 委託者は、受託者の業務履行状況を不相当と認めた場合は、その理由を明示し業務の改善を受託者に求めることができる。
- (2) 受託者は、業務の履行に伴って事故が生じた場合には、直ちに委託者その他関係機関に報告するとともに応急処置を講ずるものとする。
- (3) 受託者は、この業務の履行に当たり、委託者又は第三者に損害を及ぼした場合は、委託者の責に起因する事由による場合を除いて、その損害賠償の責を負わなければならない。
- (4) 受託者は、業務の履行による個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)を遵守し、個人の権利利益を侵害することのないよう努めなければならない。

(5) この仕様書に定めのない事項及び疑義の生じた事項は、委託者と受託者がその都度協議の上、決定するものとする。

## 小児生活習慣病予防検診実施場所・日時一覧(予定)

	実施日	業務開始時間	診療開始時間	診療終了時間	業務終了時間	施設名	所在地
1	9月19日	8:30	9:30	12:00	13:30	全日警ホール (市川市八幡市民会館)	八幡4丁目2番1号
2	10月10日	8:30	9:30	12:00	13:30	全日警ホール (市川市八幡市民会館)	八幡4丁目2番1号
3	11月7日	8:30	9:30	12:00	13:30	全日警ホール (市川市八幡市民会館)	八幡4丁目2番1号

受付番号	No.	実施年月日	令和	年	月	日
------	-----	-------	----	---	---	---

秘

生活習慣病（小児）予防健診調査票

※ 保護者様へ

- ・次の太線内についてご記入ください。
- ・不明またはさしさわりのある事項については記入されなくてもかまいません。
- ・この調査票はプライバシー保護のため責任を持って取り扱います。

学校名	市川市立		5年		組	番	
氏名							
生年月日	平成	年	月	日	( 歳)		
◎ 質問1 お子さんのご家族の中で、健康診断の時、あるいはお医者さんから次のような病 気と診断されたり、気をつけるように言われた方がいますか。 (該当する欄に○印を記入してください。)							
	狭心症	心筋梗塞	脳卒中	高脂血症	糖尿病	高血圧	肥満
父親							
母親							
祖父母							
兄弟姉妹							
◎ 質問2 健診を受けるお子さんが現在、医師から糖尿病と診断されていますか。 [ はい ・ いいえ ]							
◎ 質問3 お子さんが生まれた時の体重及び在胎週数を記入してください。							
				グラム	週		
◎ 質問4 お子さんは検査当日、朝食を食べましたか。[ はい ・ いいえ ]							
◎ 質問5 質問4が「はい」の場合、何時ごろに食べましたか。							
				時	分ごろ		

※ 次の欄には記入しないでください。 ※ 既往歴の有無

身長	.	cm	体重	.	kg	腹囲	.	cm
----	---	----	----	---	----	----	---	----

血 圧	①	/	mm Hg	食後時間	時間
	②	/	mm Hg		
	③	/	mm Hg		

# 完 了 届

令和 年 月 日

市 川 市 長 様

住所

氏名

印

下記のとおり業務が完了したので、届出をします。

1. 業 務 名 小児生活習慣病予防検診業務委託

2. 委 託 場 所 市川市南八幡2丁目20番2号 市川市教育委員会 保健体育課

3. 契約年月日 令和 年 月 日

4. 委 託 金 額 \_\_\_\_\_ 円 (単価契約の場合は  
総額を記入してください)

5. 委 託 期 間 令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

6. 完了年月日 令和 年 月 日