

**37 定期健康診断業務**

(1) 鹿児島県内に事務所、営業所、出張所、店舗又は事業所を有する法人であること。

( I . O    II . X )

(2) 次の全ての項目の検査ができること。

( I . O    II . X )

ア 既往歴及び業務歴の調査

イ 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

ウ 身長、体重、腹囲、視力及び聴力 (1,000Hz・4,000Hz) の検査

エ 胸部X線 (直接) 検査

オ 血圧の測定

カ 検尿 (潜血、蛋白、糖) 検査

キ 心電図 (安静時) 検査

ク 眼底検査

ケ 腹部超音波検診

コ H C V抗体検査

サ 血液検査 (赤血球、ヘマトクリット、血色素 (ヘモグロビン)、白血球、血小板、G O T、G P T、r - G T P、L D H、総蛋白、A L P、血清総ビリルビン、総コレステロール、L D Lコレステロール、H D Lコレステロール、血清トリグリセライド、尿酸、尿素窒素、血清クレアチニン、e G F R、血清アミラーゼ、血清鉄、血糖 (空腹時)、ヘモグロビンA 1 c)

(3) (2)の検査で使用する機器類及び運搬用車両 (機器類を管理者が指定する業務場所まで運搬するためのもの) を保有していること。 ( I . O    II . X )

※車検証の写しを添付し、その余白部分に業務名を記入してください。

すでに添付している場合は、写し等を添付した業務の番号を下線部に記入してください。

〈 業務番号 : \_\_\_\_\_ 〉に添付済み

(4) 令和元年11月1日以降に元請として、労働安全衛生規則第44条に規定する定期健康診断業務（受診者が300人以上のものに限る。）の実績を有していること。

( I. O II. X )

※基準日までに履行が完了したものを記入してください。(最大3件まで)

また、実績の要件を満たす契約について、その契約書及び仕様書の写し又は業務の概要が分かる発注者発行の履行証明書を添付してください。

契約の名称	契約の相手方	業務の概要	契約金額 (千円)	履行期間

すでに添付している場合は、写し等を添付した業務の番号を下線部に記入してください。

〈 業務番号 : \_\_\_\_\_ 〉に添付済み