

巡回健診実施計画書

令和 〇年 〇月 〇日

大阪市保健所長

開設者住所 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1-1

氏名 医療法人〇〇会
理事長 〇〇 〇〇
電話番号 000-000-0000
(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

巡回健診の実施計画書を次のとおり提出します。

1. 医療機関の名称等	名称	(フリガナ) イリョウホウジン〇〇カイ 〇〇シンリョウシヨ 医療法人〇〇会 〇〇診療所		
	所在地	〒 000-0000 大阪市〇〇区〇〇1丁目1-1		
	電話番号	000-000-0000	メールアドレス	〇〇@〇〇.〇〇.〇〇
	管理者の氏名	〇〇 〇〇		
2. 実施目的	☒ ア.	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、労働安全衛生法等に基づく健康診断		
	☐ イ.	高齢者の医療の確保に関する法律に基づく 特定健康診査及び医療等以外の保健事業としての健康診査		
	☐ ウ.	保険者からの委託に基づく健康診断等		
	☐ エ.	公共的な性格を有する定型的な健康診断		
	☐ オ.	予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的とした予防接種（予防接種法施行令に規定する対象年齢以外の者に接種する場合も含む）		
	☐ カ.	地方公共団体が直接又は委託して実施する検査のための採血		
3. 巡回健診の実績を記録し、保健所の求めに応じて提出できる体制を確保していること。	☒ 適			

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

実施年月日	施設名及び対象者	実施場所の住所※2	健康診断等の項目注3	実施責任者（医師又は歯科医師）の氏名		従事者等の人数				診療の用に供するエックス線装置等の利用※4
				医師	歯科医師	医師又は歯科医師	看護師	診療放射線技師	その他	
令和〇年 〇月〇日	(株)〇〇 従業員	〇〇市〇〇町1丁目	問診、視力、聴力、胸部エックス線撮影等	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	1	1	1	1	☒ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有
										☐ 有

(注意事項)

- ※1 本計画書は、おおむね1～6か月毎に所管の保健福祉センターに提出すること。また、実施報告書の提出は原則不要とするが、計画書を届出後に変更があった場合は、事業実施後10日以内に実施報告書を提出すること。
- ※2 巡回健診の実績を記録し、保健所の求めに応じて提出できる体制を確保している旨を申し出た場合は、巡回健診を行う「場所」ではなく【地区】単位で記載できること。なお、「地区」単位での記載は「〇〇区〇〇」までとすること。
- ※3 健康診断の項目、予防接種の種類又は採血に係る検査の種類を記載すること。
- ※4 診療の用に供するエックス線装置等を利用する場合は、□にレ点を記入すること。
- ※5 実施主体の既存の医療機関における通常の診療に支障が生じないこと。
- ※6 実施するにあたり、衛生上、防火上及び保安上安全と認められる場所を選定し、清潔保持および医療安全に留意していること。
- ※7 実施責任者は、医療法及びこれに基づく法令の管理者に関する規定に則って巡回健診等を管理すること。
- ※8 本計画書は、大阪府内で実施する巡回健診のみ記載すること。また、本計画書は、A4サイズとすること。