

## 病院・診療所（巡回健診・診療）実施計画書

令和 年 月 日

大阪市保健所長

開設者住所

氏名

電話番号

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

令和 年 月分の（巡回健診・診療）の実施計画書を別紙のとおり提出します。

1. 医療機関の名称等	名称	(フリガナ)		
	所在地	〒		
	電話番号		FAX	
	管理者の氏名			
2. 健康診断等の項目				
3. 実施目的 (該当する□にレ点を入れる)	<input type="checkbox"/>	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	
	<input type="checkbox"/>	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	
	<input type="checkbox"/>	ウ.	保険者からの委託に基づく健康診断等	
	<input type="checkbox"/>	エ.	公共的な性格を有する定型的な健康診断	
	<input type="checkbox"/>	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）	
<input type="checkbox"/>	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		
4. 健康診断等費用の徴収方法				
5. 移動健診等施設の構造設備を用いる場合	添付のとおり（※すでに保健所に届けている場合は添付を省略することができる） 台数 (具体的に)  (健診車の平面図・自動車検査証の写しを添付すること)			

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

提出部数：2部

様式5

実施年月日 及び診療時間	施設名及び 対象者	実施場所の 住 所	人数	健康診断等 の内容(注4)	職種 従事医師名 (実施責任者には氏名の 前の□にレ点を記入する こと)	従事者等の人数			免許証 確認 (注8)	移動健診等施設 について(注9)
						看護師	診療放射 線技師	その他		
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無
					□				□	有(台)無

(注意)

1. 本計画書は、1ヵ月毎分に所轄の保健福祉センターに提出すること
2. 本計画書には、大阪府内で実施する巡回健診のみ記載すること。
3. 本計画書はA4サイズとする。
4. 健康診断等の内容には、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。
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. 実施する医療機関において、巡回健診等に従事する医師・歯科医師については免許証、臨床研修修了登録証(対象者のみ)、その他医療従事者の免許証等の確認を行い、確認できている場合は□にレ点を記入すること。
9. 移動健診等施設の利用をする場合は、有に○をし、台数を記載すること。使用しない場合には、無に○をすること。