

巡回健診等実施計画書

1 開設者	氏名 (法人にあつては名称)		開設者個人名 または 医療法人社団等の名称				
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)		開設者個人の住所 または 医療法人社団等の事務所所在地				
2 担当病院又は診療所	名称	病院または診療所の名称		電話	〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	所在地	病院または診療所の所在地		担当者	〇〇 〇〇		
3 健康診断等の項目	1 一般健康診断 2 結核健診 3 生活習慣病健診 4 歯科健診 ⑤ 予防接種の種類 (インフルエンザワクチン) 6 その他 ()						
4 実施目的	1 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、その他法令に基づく健康診断 2 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 3 保険者からの委託に基づく健康診断 4 公共的な性格を有する定型的な健康診断 ⑤ 予防接種法に掲げられた疾患の予防を目的とした予防接種 (対象年齢以外も含む) 6 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						
5 実施対象	1 学生 (園児、児童、生徒を含む。) ② 事業所等従業員 3 一般住民 4 その他 ()						
6 実施方法 (注1)	〈例〉 受付→問診→接種→経過観察						
7 健康診断等の費用の徴収方法	〈例〉 実施後に実費を振込にて徴収する。						
8 実施計画							
実施年月日	実施場所の名称及び所在地	対象者数	実施場所における実施責任者氏名 *医師又は歯科医師であること。	医療従事者		移動健診施設 (注2)	
				職種	人数	種別	台数
〇年 〇月 〇日	〇〇〇〇 東京都△△区□□ 〇-〇-〇	〇人	〇〇 〇〇	医師 (歯科医師) 看護師 放射線技師 その他 ()	〇名 △名 名 名	X線撮影車 その他 ()	台 台
〇年 〇月 〇日	〇〇〇〇 東京都	〇人	〇〇 〇〇	医師 (歯科医師)			台 台
				医師 (歯科医師) 看護師 放射線技師 その他 ()		X線撮影車 その他 ()	
	東京都			医師 (歯科医師) 看護師		X線撮影車	
				その他 ()			
<input checked="" type="checkbox"/>	病院又は診療所における通常の診療に支障はありません		巡回健診等実施場所管轄保健所名		〇〇保健所		

実施場所の自治体ごとに用紙を分けてください。同一自治体内であれば複数記入可能です。

従事者数を資格ごとにご記入ください

確認後にチェックをつけてください

「8実施計画」の実施場所の所在地を所管する保健所名を記入してください

巡回健診等実施計画書 注意書

- 注 1 診療放射線技師（診療放射線技師法第26条第2項第2号で規定する検査を行う場合）のみ配置される場合、6 実施方法にその旨及び緊急時や必要時に医師に確認できる連絡体制を明記すること
- 注 2 移動健診等施設を利用する場合には、その構造設備の概要を添付すること。ただし、実施主体を管轄する保健所等へ当該構造設備の概要又は診療用エックス線装置備付届等を提出済みの場合は省略することができる。
- 注 3 実施計画書は巡回健診等実施場所を所管する保健所ごとに作成すること
- 注 4 診療所が提出する巡回健診等実施計画書は、3部提出すること。ただし、巡回健診等実施場所と診療所を所管する保健所が同一の場合は2部提出とすることができる。
- 注 5 病院が提出する巡回健診等実施計画書は4部提出すること