様式２

東京都北区保健所長　殿

北区内実施の場合は２部、都内他自治体で実施の場合は３部ご用意ください。
※病院は北区内、都内他自治体とも４部。

令和○○年○○月○○日

巡回健診等実施計画書

１　開設者	氏　名（法人にあっては名　称）	北区　太郎		
	住　所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	東京都北区王子本町○－○－○		
２　担当病院又は診療所	名　　称	○○クリニック	電　話	○○○○－○○○○
			担当者	北区　花子
	所　在　地	東京都北区王子本町○－○－○		
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　）　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）	株式会社○○内会議室にて実施			
７　健康診断等の費用の徴収方法	事業所から実費を徴収			
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 職種	医療従事者 人数	移動健診施設（注２） 種別	移動健診施設（注２） 台数
令和○年 ○月○日	株式会社○○ 北区王子○－○－○	○名	医師　北区次郎	医師（歯科医師） 看護師 放射線技師 その他（　）	○名 ○名 名 名	Ｘ線撮影車 その他 （　）	台 台
				医師（歯科医師） 看護師 放射線技師 その他（　）	名 名 名 名	Ｘ線撮影車 その他 （　）	台 台
				医師（歯科医師） 看護師 放射線技師 その他（　）	名 名 名 名	Ｘ線撮影車 その他 （　）	台 台
				医師（歯科医師） 看護師 放射線技師 その他（　）	名 名 名 名	Ｘ線撮影車 その他 （　）	台 台
				医師（歯科医師）	名	Ｘ線撮影車	

都内他自治体で実施する際に記入してください。
↓

☑	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	保健所