

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部をご用意ください。  
 ※病院は北区内、都内他自治体とも4部。

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)   |                 | 北区 太郎                              |                                    |                    |                 |        |
|-------------------------------------|---|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|--------|
|                                     | 住所(法人にあつては主たる事務所の所在地)   |                 | 東京都北区王子本町〇-〇-〇                     |                                    |                    |                 |        |
| 2 担当病院又は診療所                         | 名称  | 〇〇クリニック         | 電話                                 | 〇〇〇〇-〇〇〇〇                          |                    |                 |        |
|                                     | 所在地   | 東京都北区王子本町〇-〇-〇  |                                    | 担当者                                | 北区 花子              |                 |        |
| 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<br>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<br>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<br>3 保険者からの委託に基づく健康診断<br>4 公共的な性格を有する定型的な健康診断<br>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)<br>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<br>4 その他 ( )   |                 |                                    |                                    |                    |                 |        |
| 6 実施方法(注1)                          | 株式会社〇〇内会議室にて実施  |                 |                                    |                                    |                    |                 |        |
| 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<br>*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     |
| 令和〇年〇月〇日                            | 株式会社〇〇<br>北区王子〇-〇-〇   | 〇名              | 医師 北区次郎                            | 医師(歯科医師)<br>看護師<br>放射線技師<br>その他( ) | 〇名<br>〇名<br>名<br>名 | X線撮影車<br>その他( ) | 台<br>台 |
|                                     |   |                 |                                    | 医師(歯科医師)<br>看護師<br>放射線技師<br>その他( ) | 名<br>名<br>名<br>名   | X線撮影車<br>その他( ) | 台<br>台 |
|                                     |   |                 |                                    | 医師(歯科医師)<br>看護師<br>放射線技師<br>その他( ) | 名<br>名<br>名<br>名   | X線撮影車<br>その他( ) | 台<br>台 |
|                                     |   |                 |                                    | 医師(歯科医師)<br>看護師<br>放射線技師<br>その他( ) | 名<br>名<br>名<br>名   | X線撮影車<br>その他( ) | 台<br>台 |
|                                     |   |                 |                                    | 医師(歯科医師)                           | 名                  | X線撮影車           | 台      |
| 都内他自治体で実施する際に記入してください。<br>↓         |   |                 |                                    |                                    |                    |                 |        |
| <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 |                                    | 保健所                                |                    |                 |        |

## 巡回健診等実施計画書 注意書

- 注 1 診療放射線技師（多数の者の健康診断における胸部エックス線検査に限る）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