

診療所（巡回健診）開設届出書（医師開設）

〇〇年〇〇月〇〇日

(例) 〇〇県にある医療機関が大阪府△△市において巡回健診を実施する場合

△△△ 保健所長 様

開設者住所 〇〇県〇〇市◇◇町1丁目1-1

氏名 医務 花子

電話番号 ×××-×××-××××

下記のとおり診療所（巡回健診）を開設したので医療法第8条及び同法施行規則第4条の規定により届出します。

開設主体となる医療機関の内容

1. 医療機関の 名 称	(フリガナ) イムクリニック		
	医務クリニック		
2. 医療機関の 住 所 等	開設場所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市◇◇町1丁目1-1	
	電 話	000-000-0000	F A X 000-000-0000
3. 管 理 者	自宅住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市◇◇町1丁目1-1 電 話 : ××× (×××) ××× 2	
	氏 名	医務 花子	

【添付書類】

- 管理者の医師免許証の写し（原本持参）
- 管理者の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し及び再教育研修修了登録証の写し（原本持参）
- 管理者の履歴書（押印不要）
- 移動健診等施設を用いる場合は、構造設備の概要
- 巡回健診に従事する医師・歯科医師の免許証の写し（原本持参）
- 巡回健診に従事する医師・歯科医師の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し※及び再教育研修修了登録証の写し（原本持参）
- 巡回健診に従事する医師・歯科医師の履歴書（押印不要）

※ 臨床研修修了登録証の写しは、平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者又は平成18年4月1日以後に歯科医師免許証を受けた者について添付が必要

保健所受付印

提出部数：1部

巡回健診に関する内容

4. 診療科目	内科			
5. 実施年月日 及び診療時間	〇〇年〇月〇〇日（土） 午後2時から午後4時まで			
6. 実施場所の 住 所	△△市〇〇町3丁目3-3			
7. 実施対象者及び 実施人数	(株)大阪事業所 従業員 80名			
8. 実施の目的	(例1) 労働安全衛生法に基づく定期健康診断 (例2) 予防接種法に掲げられた疾病の予防を目的としたインフルエンザ予備接種			
9. 健康診断・予防 接種・採血の項目	(例1) 問診、視力、聴力、胸部エックス線撮影、血圧、血液検査、尿検査、心電図、診察 (例2) 予診、インフルエンザ予防接種			
10. 健診費用の 徴収方法	銀行振り込みによる実費徴収			
11. 巡回健診に従 事する医師・ 歯科医師の氏 名	職種		職種	
	<input checked="" type="checkbox"/>	医師	医務 保男	
	<input type="checkbox"/>	医師	兵庫 治	
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
<ul style="list-style-type: none"> ● 管理者にあたる実施責任者には、□にレ点を記入すること。 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。 				
12. 巡回健診に従事 する者の数	診療放射線技師	看護師	その他の従事者	免許証の確認
	1	3	2	<input checked="" type="checkbox"/>
13. 移動健診等施設 の構造設備の概 要	別添のとおり 台数： 1台 （具体的に） 胸部エックス線撮影健診車 （健診車平面図・自動車検査証の写しを添付すること）			
14. 実施主体の医療機関における通常の診療に支障が生じていないこと。				○ 適・不適
15. 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。				○ 適・不適

12については、巡回健診等に従事する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✓を記入すること。

14,15については、適または、不適の該当するものに○をすること。

提出部数：1部