様式２

巡回健診実施計画書

（健康診断・予防接種・採血（ドーピング検査含む）用）

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

開設者　　住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話　　　－　　　－　　　（担当：　　）

別紙のとおり、巡回健診を実施したいので実施計画書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．医療機関の名称 |  |
| ２．医療機関の所在地 | 〒　　－  （電話　　　－　　　－　　　） |
| ３．実施計画　※１ | 別紙のとおり |
| ４．健健康診断、予防接種及び採血（ドーピング検査含む）の項目又は種類 |  |
| ５．予防接種を実施する際の「定期接種実施要領」の遵守状況 | 予防接種法に基づく「定期接種実施要領」を遵守し、体制を整備している場合は、□をチェックすること。  □「１３　Ａ類疾病の定期接種を集団で実施する際の注意事項」  の（１）から（３）まで、（６）及び（７）  □「１４　医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項 |
| ６．実施の目的、方法及び健康診断費用の徴収方法　※２ |  |
| ７．移動健診施設を利用する場合の構造設備の構造　※３ | □別添のとおり  □令和　年　月　日付け巡回診療（健診）実施計画書に添付済み。 |
| ８．定款又は寄附行為 | □別添のとおり  □令和　年　月　日付け巡回診療（健診）実施計画書に添付済み。 |

※１　実施計画はおおむね１か月から３か月までの期間とすること。

※２　実施の目的は、「労働安全衛生法第66条に基づく健康診断」等具体的に記載すること。

※３　Ｘ線装置等を搭載する巡回健診車による場合は、各車両に係る車検証（写し）、遮蔽計算書及び計算図並びに法定期間内の線量測定結果

注）本計画書で実施可能な健康診断・予防接種・採血（ドーピングを含む）は以下のとおり

　・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、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、保険者からの委託に基づく健康診断等、公共的な性格を有する定型的な健康診断

　・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)

　・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

実施計画（令和　　年　　月　～　令和　　年　　月分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管轄保健所等（　　　　　　保健所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 巡回健診等を行う場所  （住所） | 団体名等 | 予定  受診者数 | 実施責任者氏名 | 健診等を担当する医師（歯科医師） | |
| 氏　　名 | 担当健診科目 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注１　可能な限り管轄の保健所・健康福祉事務所ごとに作成すること。

２　実施責任者は医師又は歯科医師であること。

　３　実施場所は地番まで記載すること。

　４　兵庫県内で実施する巡回健診のみ記載すること。

５　実施計画の様式は任意様式でも可能であるが、必要事項は記載していること。