様式２

注意！　この手続きで実施できるのは、当該診療所の事業として、東京都内で実施する場合に限ります。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

中央区保健所長　様

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）	中央　太郎（※開設者が法人の場合は法人名を記載）		
	住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	中央区築地〇-〇-〇　〇〇マンション　〇〇号		
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
			担当者	中央　花子
	所在地	中央区明石町〇-〇-〇		

開設者の自宅住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

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医療等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病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）	下記実施場所の会議室において実施
7　健康診断等の費用の徴収方法	事業所から後日実費徴収

実施する予防接種の種別を記入

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
令和〇年 〇月〇日	株式会社〇〇 中央区銀座〇-〇-〇	５０人	医師　〇〇　〇〇	医師（歯科医師） 看護師 放射線技師 その他（　　）	1名 2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（　　）		X線撮影車 その他 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
☑	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	

・同じ区内での実施であれば、１枚の用紙にまとめて記載できます。
・複数の区で実施する場合には、区毎に用紙を分けて記載し、枠の下の「巡回健診等実施場所保健所名」の欄に当該実施場所を管轄する保健所名を記載してください。

（提出部数）
中央区内で実施する場合は２部、中央区外で実施する場合は３部
（提出方法）
保健所へ直接持参又は郵送
※郵送の場合には返信用封筒（切手貼付）を同封してください。

通常の診療に支障がないか確認の上、チェックしてください。

様式２

年　　月　　日

中央区保健所長　様

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）			
	住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）			
２ 担当病院又は診療所	名　称		電　話	
			担当者	
	所在地			
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（　　）　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病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）				
７ 健康診断等の費用の徴収方法				

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
				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（　　）		Ｘ線撮影車 その他 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
				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 （　　）	
□	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医療機関の構造設備の概要又は診療放射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　巡回健診等実施計画書は巡回健診等実施場所を管轄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部とすること。ただし、巡回健診等実施場所が診療所を管轄する保健所と同一管内の場合は2部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部とすること。