

実施年月日 及び診療時間	施設名及び 対象者	実施場所の 住 所	人数	診療の項目(注4)	職種 従事医師名 (実施責任者には氏名の 前の□を■とすること)	従事者等の人数			免許証 確認 (注8)	移動診療用施設 について(注9)
						看護師	診療放射 線技師	その他		
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無
					□				□	有 (台) 無

(注意)

1. 本計画書は、1ヵ月毎分に所轄の保健所に提出すること
2. 本計画書には、大阪府内で実施する巡回診療のみ記載すること。
3. 本計画書はA4サイズとする。
4. 診療の項目を具体的に記載すること。
5. 実施主体の既存の医療機関における通常の診療に支障が生じないこと。
6. 実施するにあたり、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。
7. 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診療等を管理すること。
8. 実施する医療機関において、巡回診療等に従事する医師・歯科医師については免許証、臨床研修修了登録証（対象者のみ）、その他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□にレ点を記入すること。
9. 移動診療用施設の利用をする場合は、有に○をし、台数を記載すること。使用しない場合には、無に○をすること。