

病院・診療所（巡回健診・診療）実施報告書

令和 年 月 日

（宛先）寝屋川市保健所長

開設者住所

氏名

電話 ( )  
(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

令和 年 月分の（巡回健診・診療）の実施報告書を別紙のとおり提出します。

|                          |                                                                                      |                                                                 |     |  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|--|
| 1 医療機関の名称等               | 名称                                                                                   | (フリガナ)                                                          |     |  |
|                          | 所在地                                                                                  | 〒                                                               |     |  |
|                          | 電話番号                                                                                 |                                                                 | FAX |  |
|                          | 管理者の氏名                                                                               |                                                                 |     |  |
| 2 健康診断等の内容               |                                                                                      |                                                                 |     |  |
| 3 実施目的<br>(該当する□にレ点を入れる) | <input type="checkbox"/>                                                             | (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、労働安全衛生法等に基づく健康診断                 |     |  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                             | (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               |     |  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                             | (3) 保険者からの委託に基づく健康診断等                                           |     |  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                             | (4) 公共的な性格を有する定型的な健康診断                                          |     |  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                             | (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（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） |     |  |
|                          | <input type="checkbox"/>                                                             | (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                                 |     |  |
| 4 健康診断等費用の徴収方法           |                                                                                      |                                                                 |     |  |
| 5 移動健診等施設の構造設備を用いる場合     | 添付のとおり（※すでに保健所に届けている場合は添付を省略することができる）<br>台数 (具体的に)<br><br>(健診車の平面図・自動車検査証の写しを添付すること) |                                                                 |     |  |

|        |
|--------|
| 保健所受付印 |
|        |