

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	健康診断等 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)	移動健診等施設 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. 本報告書は、毎月10日までに前月分を所轄の保健所に提出すること
2. 本報告書には、大阪府内で実施する巡回健診のみ記載すること。
3. 本報告書はA4サイズとする。
4. 健康診断等の項目、予防接種の種類又は採血に係る検査の種類を記載すること。
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健診等を管理すること。
8. 実施する医療機関において、巡回健診等に従事する医師・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. 移動健診等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。