実施年月日	施設名及び対象者	実施場所の住所※2	健康診断等の項目※3	医師又は歯科医師の氏名（実施責任者には■）		従事者等の人数			診療の用に供するエックス線装置等の利用※4
				医師	歯科医師	看護師	診療放射線技師	その他	
〇年〇月 10 日	**㈱〇〇事業所 職員**	**〇〇市〇〇町**	**問診、視力、聴力、胸部エックス線撮影、血圧、血液検査、尿検査、心電図、診察**	**■医師　太郎**	**□歯科医師　太郎**	**1**	**4**	**1**	☑ 有
〇年〇月 11 日	**㈱△△事業所 職員**	**△△市〇〇町**	**問診、視力、聴力、胸部エックス線撮影、血圧、血液検査、尿検査、心電図、診察**	**■医師**　太郎 **□医師　次郎**	**□歯科医師　太郎**	**1**	**4**	**3**	□ 有
〇年〇月 12 日	**㈱□□事業所 職員**	**□□市〇〇町**	**予診、インフルエンザ予防接種**	**□医師　太郎**	**■歯科医師　太郎**	**0**	**2**	**2**	☑ 有
				□	□				□ 有
				□	□				□ 有
				□	□				□ 有
				□	□				□ 有
				□	□				□ 有
				□	□				□ 有

(注意)

※1　本計画書は、最長６か月分の計画を所管の保健所に提出すること。また、実施報告書の提出は不要とし、本計画書の届出後に変更があった場合は、変更後 10 日以内に本様式を提出すること。なお、従事者等の人数のみの変更の場合は報告不要。

※2　巡回健診の実績を記録し、保健所の求めに応じて提出できる体制を確保している旨を申し出た場合は、巡回健診を行う「場所」ではなく【地区】単位で記載できること。
なお、「地区」単位での記載は「〇〇市〇〇町」までとすること。

※3　健康診断の項目、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。

※4　診療の用に供するエックス線装置等を利用する場合は、□にレ点を記入すること。

※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　本計画書は、大阪府内で実施する巡回健診のみ記載すること。また、本計画書は、Ａ４サイズとすること。