明巡　様式第４号

**巡回診療（健診）実施計画書**

**（昭和37年通知による無医地区における医療の確保等用）**

　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

別紙のとおり、巡回診療を実施したいので実施計画書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２　医療機関の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- |
| ３　実　施　計　画　 ※１ | 別紙のとおり |
| ４　診療を行おうとする科目 |  |
| ５　巡回診療実施の目的、方法及び診療報酬の徴収方法 |  |
| ６　移動健診施設を利用する場合の構造設備の構造　 ※２ | 別添のとおり  （　　　　年　　月　　日付け巡回診療（健診）実施計画書に添付済み。） |
| ７　定款、寄附行為又は条例 | 別添のとおり  （　　　　年　　月　　日付け巡回診療（健診）実施計画書に添付済み。） |

注）１　実施計画はおおむね３か月から６か月までの期間とすること。

２　Ｘ線装置等の搭載する巡回診療（健診）車による場合は、各車輌に係る車検証（写し）並びに遮蔽計算書及び計算図並びに線量測定結果

実施計画（　　　　年　　月～　　　　年　　月分）

管轄保健所等（兵庫県　　　　　保健所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 巡回診療を行う場所 | 実施責任者氏名 | 診療を担当する医師（歯科医師） | | その他 | |
| 氏　　名 | 担当診療科目 | 団体名 | 予定受診者数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注）１　可能な限り管轄の保健所・健康福祉事務所ごとに作成すること。

２　実施責任者は、医師又は歯科医師であること。

３　巡回診療を行う場所は、地番まで記載すること。

４　兵庫県内で実施する巡回健診のみ記載すること。

５　実施計画の様式は任意様式でも可能であるが、必要事項は記載していること。