

巡 回 診 療 実 施 計 画 書

実施年月日	実施場所(※1) (対象者名)	実施時間	実施責任者 (※2)	診療担当 医師氏名 及び科目	診療科目	実施目的及び維持の方法並びに 診療報酬の徴収方法	移動診療施設 利用の有無 (※3)

添付書類

- 1 医師、歯科医師の免許証の写し
- 2 開設者が法人である場合は定款(寄附行為)の写し
- 3 その他必要な書類

(注)

- 1. 提出先は、当該診療を実施する場所を所管する保健所とする。
- 2. 変更の場合は、該当する事項のみ記入すること。
- 3. この届は、3～6ヶ月ごとに提出すること。

※1. 「実施場所」は詳細な場所まで記入すること。(例 ○○市立○○中学校の保健室)

※2. 「実施責任者」は医師又は歯科医師であり、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して管理することができる者であること。

※3. 「移動診療施設の利用」で「有」の場合、その構造設備の概要がわかる書類を添付すること。