病院（診療所）施設等概要書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定番号 |  |  |  |  |  |  |  | 労災保険指定医療機関以外は記入する必要はありません |
| 名称 |  | 電話　　　（　　）FAX　　　（　　） |
| 所在地 |  |
| 開設責任者 | 役職者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 経営主体 | １ 国立　　　２ 公立　　　　３ 社会保険団体　４ 公益法人５ 医療法人　６ 事業場付属　７ その他の法人　８ 個人 |
| 患者の収容施設の具備 | 有　・　無 |

従業者の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 二次健康診断等給付に従事する医師　　　　　　　名 | 保健師　　　　　　　名 |
| 　　　　　　　　　内　産業医　　　　　　　　　名 |

検査機器の有無　　　　　　　　　　　　　　検査機器の名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 血中脂質検査に係る検査機器 | 有無 |  |
| 血糖検査に係る検査機器 | 有無 |  |
| ヘモグロビンA１ｃに係る検査機器 | 有無 |  |
| 負荷心電図検査に係る検査機器 | 有無 |  |
| 胸部超音波検査に係る検査機器 | 有無 |  |
| 頸部超音波検査に係る検査機器 | 有無 |  |
| 微量アルブミン尿検査に係る検査機器 | 有無 |  |

|  |
| --- |
| 病院（診療所）所在地略図 |
|  |
| 病院（診療所）施設等の配置図・平面図 |
|  |

※　労災保険指定医療機関は記入する必要はありません。