

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 ()
所在地								ファクシミリ ()
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 A1 c 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。