

病院(診療所)施設概要書

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								FAX ()
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						

従業者状況

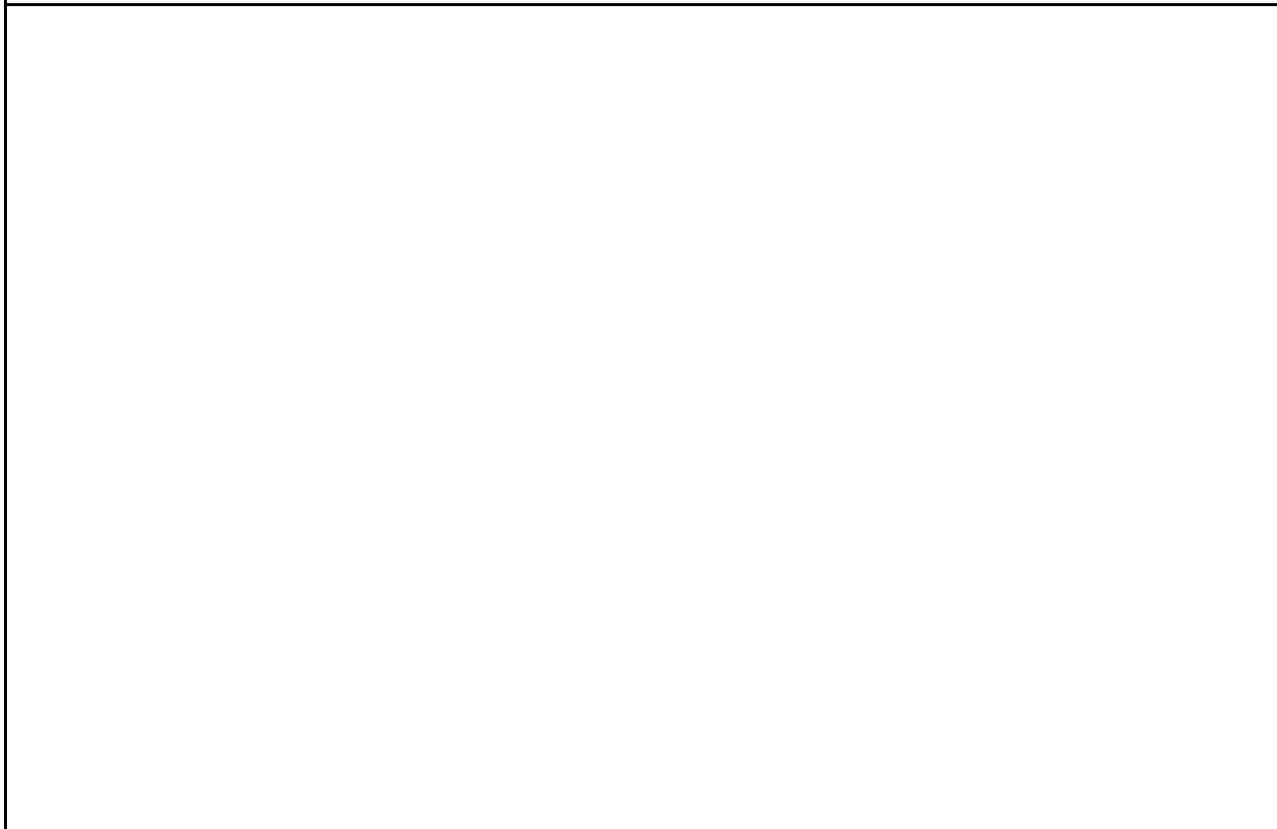
二次健診等給付に従事する医師 名	保健師 名
内 産業医 名	

検査機器の有無

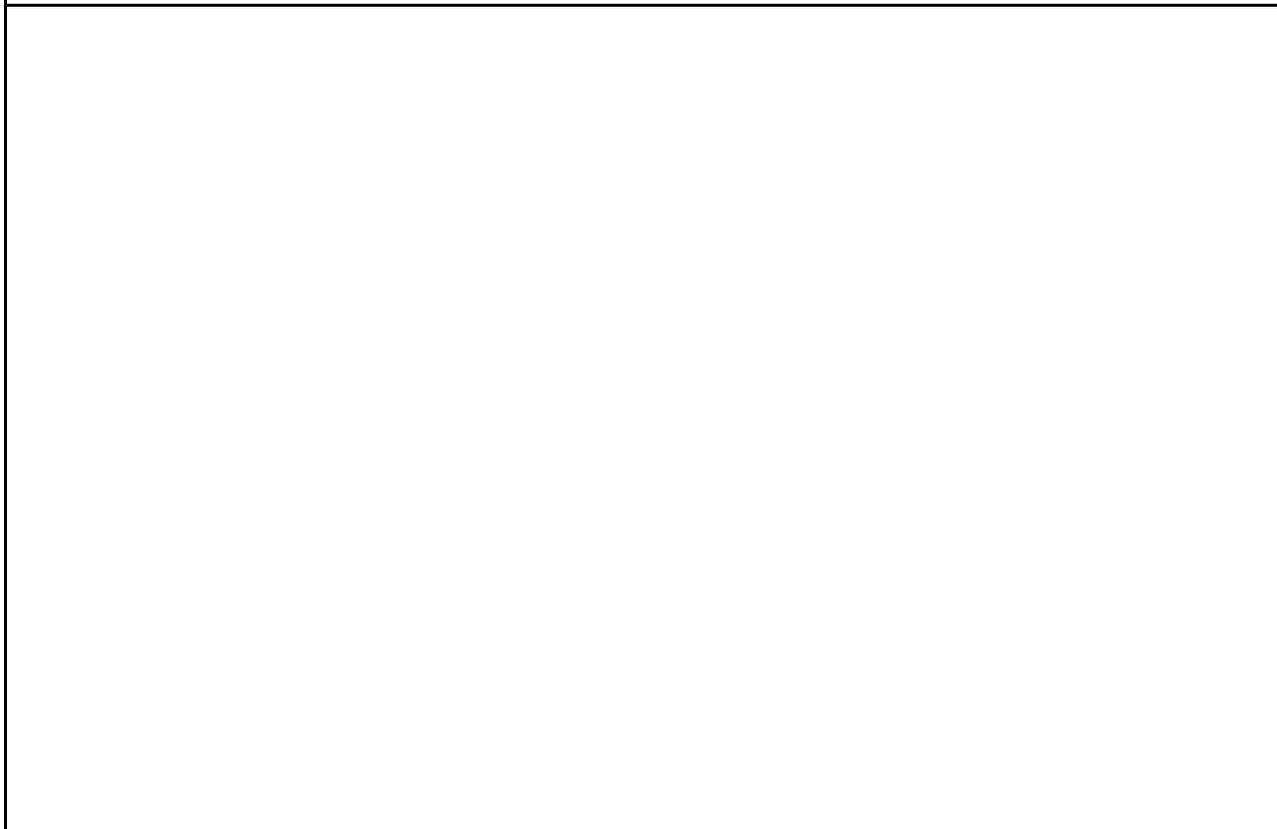
検査機器の名称

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。