様式第２号(表面)

病院(診療所)施設等概要書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定番号 | **２** | **５** |  |  |  |  |  |  |  | |
| 名称 |  | | | | | | | | 電　話  　　　（　　） | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | ＦＡＸ  　　　（　　） | |
| 開設者 | 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 事業場附属、　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 士 | 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 |  |
| 血糖値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 |  |