

医療機関名 医療機関コード

保健所 種別

令和 年 月 日

保健所長 殿

住所又は所在地

医療機関名
管理者氏名

医療機能情報提供制度(変更)報告書 (一般診療所用)

下記のとおり、令和 年 月 日現在の医療機能に関する情報を 届け出ます。
令和 年 月 日に医療機能に関する情報に変更があったので

記

【連絡担当者等】報告書の内容に関して、問合せをさせていただく場合の連絡先を御記入下さい。【非公開情報】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|---|---|---|---|--|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| 記入日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | お名前 | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | 内線 | |
| 連絡先 FAX 番号 | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インターネット環境 | 1 | 有 | 2 | 無 | ※ インターネットを利用して医療機能情報を報告できる場合は「1」を、できない場合は「2」を○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

【御注意】

- 新規開設・休止施設の再開の場合 … この様式全てを保健所に提出すること。
- 医療機能情報に変更があった場合 … 山形県医療機関情報ネットワークで報告すること。システムで報告できないときは、変更部分のみを朱書きし、該当する頁を用いて代行入力依頼又は保健所への報告を行うこと。

【 基本 情 報 】

I 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項

【1 基本情報】

(1) 医療機関名称

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 正式名称 (フリガナ) ※ 左詰めでスペースを空けずに記入願います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 正式名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 英語標記 (ローマ字) ※ 英語標記がない場合はローマ字で記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

英語標記記入例 医療法人山形会山形医院 Medical Corporation Yamagata kai Yamagata Clinic

(2) 医療機関の開設者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 開設者名 (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開設者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ フリガナは左詰めでスペースを空けずに記入願います。

(3) 医療機関の管理者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 管理者名 (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ フリガナは左詰めでスペースを空けずに記入願います。

医療機関名

医療機関コード

(7) 診療科目別の診療日 (8) 診療科目別の診療時間

診療時間帯を診療科目毎に24時間制で記入してください。「コード」及び「診療科目」については2頁の「(6) 診療科目」を参照願います。

午前の部は12:00までに診療時間が始まるもの、午後の部は12:00~18:00に診療時間が始まるもの、夜間の部は18:00以降に診療時間が始まるものをいいます。

| コード | 診療科目 | 区分 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-----|------|----|---|---|---|---|---|---|---|
|-----|------|----|---|---|---|---|---|---|---|

(記入例)

| | | | | | | | | | |
|-----|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|
| 001 | 内科 | 午前の部 | 9:00 | 9:00 | 9:00 | ~ | 9:00 | 9:00 | 9:00 |
| | | | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午後の部 | 12:00 | 12:00 | 12:00 | ~ | 12:00 | 12:00 | 12:00 |
| | | | 14:00 | 14:00 | 14:00 | ~ | 14:00 | 14:00 | 14:00 |
| | | 夜間の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | | 18:00 | 18:00 | 18:00 | ~ | 18:00 | 18:00 | 18:00 |

(記入欄)

| | | | | | | | | | |
|--|--|------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 午前の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午後の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 夜間の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午前の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午後の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 夜間の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午前の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午後の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 夜間の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午前の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 午後の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |
| | | 夜間の部 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ |

医療機関名

医療機関コード

(14) 診療科目別の外来受付時間

外来受付時間帯を診療科目毎に24時間制で記入してください。「コード」及び「診療科目」については2頁の「(6) 診療科目」を参照します。

午前の部は12:00までに外来受付時間が始まるもの、午後の部は12:00～18:00に外来受付時間が始まるもの、夜間の部は18:00以降に外来受付時間が始まるものをいいます。

| コード | 診療科目 | 区分 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-----|------|----|---|---|---|---|---|---|---|
|-----|------|----|---|---|---|---|---|---|---|

(記入例)

| | | | | | | | | | |
|-----|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|
| 001 | 内科 | 午前の部 | 9:00 | 9:00 | 9:00 | ～ | 9:00 | 9:00 | 9:00 |
| | | | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午後の部 | 12:00 | 12:00 | 12:00 | ～ | 12:00 | 12:00 | 12:00 |
| | | | 14:00 | 14:00 | 14:00 | ～ | 14:00 | 14:00 | 14:00 |
| | | 夜間の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | | 18:00 | 18:00 | 18:00 | ～ | 18:00 | 18:00 | 18:00 |
| | | | ～ | ～ | ～ | ～ | 19:00 | ～ | ～ |
| | | | | | | | ～ | ～ | ～ |
| | | | | | | | 20:00 | | |

(記入欄)

| | | | | | | | | | |
|--|--|------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 午前の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午後の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 夜間の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午前の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午後の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 夜間の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午前の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午後の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 夜間の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午前の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 午後の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| | | 夜間の部 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |

(16) 時間外対応 下記の項目のうちいずれかひとつ該当するものを選択し、数字を○で囲んでください。

| | |
|---|-----------------------------|
| 1 | 時間外も常時診察が可能（救急外来を含む） |
| 2 | 時間外の連絡先を公表し、患者が医療機関と連絡がとれる。 |
| 3 | 連携する医療機関に電話を転送する。 |
| 4 | 1～3 以外の対応 |
| 5 | 対応不可能 |

→ 診療時間外に患者が貴院と連絡をとれる体制にあることをいいます。

(17) 面会の日及び時間帯 病床を有する診療所のみ

24時間制で面会の時間帯を記入してください。

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 平日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 記入例：13:30～17:00 |
| 土曜日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | |
| 日・祝祭日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | |
| 特記事項 | | | | | | |

20文字以内

【3 院内サービス・アメニティ】

(18) 院内処方の有無

「1」又は「2」のどちらかを選択し、○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

(19) 対応することができる外国語の種類

対応できる外国語の番号を○で囲み（複数選択可）、対応できるレベルに○を付けてください。

1～4 以外の外国語に対応可能なときは、空欄に記入し、該当番号を○で囲み（複数選択可）、対応できるレベルに○を付けてください。

| 言語 | 対応できるレベル | | |
|-----------------|----------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 |
| 1 英語 | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 2 中国語 | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 3 朝鮮語（ハングル） | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 4 フィリピン語（タガログ語） | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 5 | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 6 | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |
| 7 | 1 母国語並み | 2 日常会話程度 | 3 片言 |

(20) 障がい者に対するサービス内容

下記の項目のうち該当するものを選択（複数選択可）し、○で囲んでください。

| | |
|---|----------------------|
| 1 | 手話による対応 |
| 2 | 施設内の情報の表示（掲示板等による案内） |
| 3 | 音声による情報の伝達 |
| 4 | 施設内点字ブロックの設置 |
| 5 | 点字による表示 |

(21) 車椅子利用者に対するサービス内容

該当する項目を選択（複数選択可）し、○で囲んでください。

| | |
|---|---------------|
| 1 | 施設のバリアフリー化の実施 |
| 2 | 車椅子対応トイレの設置 |

医療機関名

医療機関コード

(22) 受動喫煙を防止するための措置

「1」又は「2」のどちらかを選択し、○で囲んでください。

| | |
|---|----------------|
| 1 | 施設内における全面禁煙の実施 |
| 2 | 喫煙室の設置 |

(23) 医療に関する相談に対する体制の状況

「1」又は「2」のいずれかを○で囲み、「1 有」を選択した場合はその相談員の人数を記載してください。

| | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|--------|--|---|
| 相談窓口の有無 | 1 | 有 | 2 | 無 | 相談員の人数 | | 人 |
|---------|---|---|---|---|--------|--|---|

↑

【4 費用負担等】

(26) 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の診療所の種類

下記の項目（網掛けの項目を除く）のうち該当するものを選択（複数選択可）し、番号を○で囲んでください。

| | | | |
|----|---------------------------|----|----------------------|
| 01 | 保険医療機関 | 26 | 災害拠点病院 |
| 02 | 自由診療のみを行う医療機関 | 27 | へき地医療拠点病院 |
| 03 | 労災保険指定医療機関 | 28 | 小児救急医療拠点病院 |
| 04 | 更生医療指定医療機関 | 29 | 救命救急センター |
| 05 | 育成医療指定医療機関 | 30 | 臨床研修病院 |
| 06 | 精神通院医療指定医療機関 | 31 | 単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設 |
| 07 | 身体障害者福祉法指定医の配置されている医療機関 | 32 | 特定行為研修指定研修機関 |
| 08 | 精神保健福祉法に基づく指定病院又は応急入院指定病院 | 33 | 臨床修練病院等 |
| 09 | 精神保健指定医の配置されている医療機関 | 34 | 臨床教授等病院 |
| 10 | 生活保護法指定医療機関 | 35 | がん診療連携拠点病院等 |
| 11 | 医療保護施設 | 36 | がんゲノム医療中核拠点病院等 |
| 12 | 結核指定医療機関 | 37 | 小児がん拠点病院 |
| 13 | 指定養育医療機関 | 38 | エイズ治療拠点病院 |
| 14 | 指定療育機関 | 39 | 肝疾患診療連携拠点病院 |
| 15 | 指定小児慢性特定疾病医療機関 | 40 | 特定疾患治療研究事業委託医療機関 |
| 16 | 指定難病患者特定医療指定医療機関 | 41 | 在宅療養支援診療所 |
| 17 | 戦傷病者特別援護法指定医療機関 | 42 | 在宅療養支援歯科診療所 |
| 18 | 原子爆弾被害者医療指定医療機関 | 43 | 在宅療養支援病院 |
| 19 | 原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関 | 44 | 在宅療養後方支援病院 |
| 20 | 感染症指定医療機関（特定・第一種・第二種） | 45 | DPC 対象病院 |
| 21 | 公害医療機関 | 46 | 無料低額診療事業実施医療機関 |
| 22 | 母体保護法指定医の配置されている医療機関 | 47 | 総合周産期母子医療センター |
| 23 | 特定機能病院 | 48 | 地域周産期母子医療センター |
| 24 | 臨床研究中核病院 | 49 | 不妊専門相談センター |
| 25 | 地域医療支援病院 | 50 | ワンストップ支援センター |
| | | 51 | 都道府県アレルギー疾患医療拠点病院 |

医療機関名

医療機関コード

(27) 選定療養

① 「特別の療養環境の提供」の差額ベッド数及びその金額 病床を有する診療所のみ

料金について該当する番号を○で囲み（複数選択可）、差額ベッド数を記入し、差額料の最高額と最低額を右詰めで記入してください。

| 種類 | 差額ベッド数 | 差額料（消費税含む） | | | |
|--------|--------|------------|--|------|-----|
| | | 最高額 | | 最低額 | |
| 1 個室 | 床 | | | 円/日～ | 円/日 |
| 2 2人部屋 | 床 | | | 円/日～ | 円/日 |
| 3 3人部屋 | 床 | | | 円/日～ | 円/日 |
| 4 4人部屋 | 床 | | | 円/日～ | 円/日 |

※ ベッドの種類毎に一種類の料金のみの場合、「最高額」「最低額」の両方の欄に同じ金額を記入してください。

② その他の選定療養

差額料について該当する番号を○で囲み（複数選択可）、金額を右詰めで記載してください。

| 項目名 | | 差額料（消費税含む） | | | |
|-----|--|------------|--|--|-----|
| 1 | 「予約に基づく診察」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額 | | | | 円/日 |
| 2 | 「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額 | | | | 円/日 |

(28) 治験（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定するもの）の実施の有無及び契約件数

「1」又は「2」のいずれかを○で囲み、「1 実施有」を選択した場合は報告年度の前年度の契約件数を記載願います。

| | | | |
|-------|-------|----------|---|
| 1 実施有 | 2 実施無 | 前年度の契約件数 | 件 |
|-------|-------|----------|---|

(29) クレジットカードによる料金の支払いの可否

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | |
|------|-------|
| 1 可能 | 2 不可能 |
|------|-------|

II 提供サービスや医療連携体制に関する事項

【1 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】

(31) 医療従事者の専門資格の種類及び種類毎の人数

貴院に在籍する医療従事者の有する資格の種類番号を○で囲み（複数選択可）、その人数を記載してください。

① 医師

| 専門資格の種類 | | 人数 |
|---------|--------------------------------------|----|
| 01 | 整形外科専門医（公益社団法人 日本整形外科学会） | 人 |
| 02 | 皮膚科専門医（公益社団法人 日本皮膚科学会） | 人 |
| 03 | 麻酔科専門医（公益社団法人 日本麻酔科学会） | 人 |
| 04 | 放射線科専門医（公益社団法人 日本医学放射線学会） | 人 |
| 05 | 眼科専門医（公益社団法人 日本眼科学会） | 人 |
| 06 | 産婦人科専門医（公益社団法人 日本産科婦人科学会） | 人 |
| 07 | 耳鼻咽喉科専門医（一般社団法人 日本耳鼻咽喉科学会） | 人 |
| 08 | 泌尿器科専門医（一般社団法人 日本泌尿器科学会） | 人 |
| 09 | 形成外科専門医（一般社団法人 日本形成外科学会） | 人 |
| 10 | 病理専門医（一般社団法人 日本病理学会） | 人 |
| 11 | 総合内科専門医（一般社団法人 日本内科学会） | 人 |
| 12 | 外科専門医（一般社団法人 日本外科学会） | 人 |
| 13 | 糖尿病専門医（一般社団法人 日本糖尿病学会） | 人 |
| 14 | 肝臓専門医（一般社団法人 日本肝臓学会） | 人 |
| 15 | 感染症専門医（一般社団法人 日本感染症学会） | 人 |
| 16 | 救急科専門医（一般社団法人 日本救急医学会） | 人 |
| 17 | 血液専門医（一般社団法人 日本血液学会） | 人 |
| 18 | 循環器専門医（一般社団法人 日本循環器学会） | 人 |
| 19 | 呼吸器専門医（一般社団法人 日本呼吸器学会） | 人 |
| 20 | 消化器病専門医（一般財団法人 日本消化器病学会） | 人 |
| 21 | 腎臓専門医（一般社団法人 日本腎臓学会） | 人 |
| 22 | 小児科専門医（公益社団法人 日本小児科学会） | 人 |
| 23 | 内分泌代謝科専門医（一般社団法人 日本内分泌学会） | 人 |
| 24 | 消化器外科専門医（一般社団法人 日本消化器外科学会） | 人 |
| 25 | 超音波専門医（公益社団法人 日本超音波医学会） | 人 |
| 26 | 細胞診専門医（公益社団法人 日本臨床細胞学会） | 人 |
| 27 | 透析専門医（一般社団法人 日本透析医学会） | 人 |
| 28 | 脳神経外科専門医（一般社団法人 日本脳神経外科学会） | 人 |
| 29 | リハビリテーション科専門医（公益社団法人 日本リハビリテーション医学会） | 人 |
| 30 | 老年病専門医（一般社団法人 日本老年医学会） | 人 |
| 31 | 心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人 日本胸部外科学会） | 人 |
| 32 | 心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人 日本血管外科学会） | 人 |
| 33 | 心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会） | 人 |
| 34 | 呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人 日本胸部外科学会） | 人 |
| 35 | 呼吸器外科専門医（特定非営利活動法人 日本呼吸器外科学会） | 人 |
| 36 | 消化器内視鏡専門医（一般社団法人 日本消化器内視鏡学会） | 人 |
| 37 | 小児外科専門医（特定非営利活動法人 日本小児外科学会） | 人 |
| 38 | 神経内科専門医（一般社団法人 日本神経学会） | 人 |

(31) 医療従事者の専門資格の種類及び種類毎の人数 つづき

① 医師 つづき

| 専門資格の種類 | | 人数 |
|---------|-----------------------------------|----|
| 39 | リウマチ専門医（一般社団法人 日本リウマチ学会） | 人 |
| 40 | 乳腺専門医（一般社団法人 日本乳癌学会） | 人 |
| 41 | 臨床遺伝専門医（一般社団法人 日本人類遺伝学会） | 人 |
| 42 | 漢方専門医（一般社団法人 日本東洋医学会） | 人 |
| 43 | レーザー専門医（特定非営利活動法人 日本レーザー医学会） | 人 |
| 44 | 気管支鏡専門医（特定非営利活動法人 日本呼吸器内視鏡学会） | 人 |
| 45 | アレルギー専門医（一般社団法人 日本アレルギー学会） | 人 |
| 46 | 核医学専門医（一般社団法人 日本核医学会） | 人 |
| 47 | 気管食道科専門医（特定非営利活動法人 日本気管食道科学会） | 人 |
| 48 | 大腸肛門病専門医（一般社団法人 日本大腸肛門病学会） | 人 |
| 49 | 婦人科腫瘍専門医（公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会） | 人 |
| 50 | ペインクリニック専門医（一般社団法人 日本ペインクリニック学会） | 人 |
| 51 | 熱傷専門医（一般社団法人 日本熱傷学会） | 人 |
| 52 | 脳血管内治療専門医（特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会） | 人 |
| 53 | がん薬物療法専門医（公益社団法人 日本臨床腫瘍学会） | 人 |
| 54 | 周産期（新生児）専門医（一般社団法人 日本周産期・新生児医学会） | 人 |
| 55 | 生殖医療専門医（一般社団法人 日本生殖医学会） | 人 |
| 56 | 小児神経専門医（一般社団法人 日本小児神経学会） | 人 |
| 57 | 心療内科専門医（特定非営利活動法人 日本心療内科学会） | 人 |
| 58 | 一般病院連携精神医学専門医（一般社団法人 日本総合病院精神医学会） | 人 |
| 59 | 精神科専門医（公益社団法人 日本精神神経学会） | 人 |

② 歯科医師

| 専門資格の種類 | | 人数 |
|---------|-------------------------------|----|
| 1 | 口腔外科専門医（公益社団法人 日本口腔外科学会） | 人 |
| 2 | 歯周病専門医（特定非営利活動法人 日本歯周病学会） | 人 |
| 3 | 歯科麻酔専門医（一般社団法人 日本歯科麻酔学会） | 人 |
| 4 | 小児歯科専門医（公益社団法人 日本小児歯科学会） | 人 |
| 5 | 歯科放射線専門医（特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会） | 人 |

③ 薬剤師

| 専門資格の種類 | | 人数 |
|---------|-------------------------|----|
| 1 | がん専門薬剤師（一般社団法人 日本医療薬学会） | 人 |

(31) 医療従事者の専門資格の種類及び種類毎の人数 つづき

④ 看護師

| | 専門資格の種類 | 人数 |
|----|-------------------------------|----|
| 1 | がん看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 2 | 小児看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 3 | 精神看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 4 | 地域看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 5 | 母性看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 6 | 老人看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 7 | がん化学療法看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 8 | がん性疼痛看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 9 | 感染管理認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 10 | 救急看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 11 | 手術看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 12 | 小児救急看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 13 | 新生児集中ケア認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 14 | 摂食・嚥下障害看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 15 | 透析看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 16 | 糖尿病看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 17 | 乳がん看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 18 | 訪問看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 19 | 感染症看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 20 | 急性・重症患者看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 21 | 慢性疾患看護専門看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 22 | 緩和ケア認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 23 | 集中ケア認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 24 | 認知症看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 25 | 皮膚・排泄ケア認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 26 | 不妊症看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |
| 27 | がん放射線療法看護認定看護師（公益社団法人 日本看護協会） | 人 |

医療機関名

医療機関コード

(33) 併設している介護施設

併設している介護施設の番号を○で囲んでください（複数選択可）。

| | | | |
|----|-----------------------|----|------------------------|
| 01 | 介護老人福祉施設 | 12 | (介護予防) 特定施設 (有料老人ホーム等) |
| 02 | 介護老人保健施設 | 13 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 |
| 03 | 介護医療院 | 14 | 地域密着型通所介護事業所 |
| 04 | 居宅介護支援事業所 | 15 | (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 |
| 05 | 介護予防支援事業所 | 16 | (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 06 | 老人介護支援センター | 17 | (介護予防) 認知症対応型グループホーム |
| 07 | (介護予防) 訪問看護ステーション | 18 | 地域密着型特定施設 (有料老人ホーム等) |
| 08 | 通所介護事業所 | 19 | 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 09 | (介護予防) 通所リハビリテーション事業所 | 20 | 複合型サービス事業所 |
| 10 | (介護予防) 短期入所生活介護事業所 | 21 | 第一号通所事業に係る事業所 |
| 11 | (介護予防) 短期入所療養介護事業所 | | |

※ 併設とは、同一敷地内に施設が設置されている場合をいいます。

(34) 対応することができる疾患・治療内容

貴院で対応することができる疾患・治療内容について該当する項目の番号を○で囲み、把握している場合は、報告年度の前年度の手術実施件数を記載してください。診療報酬点数が算定される公的医療保険の給付が行われるもの（正常分娩・成人の歯科矯正治療を除く）が対象となります。（複数選択可）

1. 皮膚・形成外科領域

| | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 皮膚・形成外科領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 真菌検査（顕微鏡検査） | | | | | | | | |
| 03 | 皮膚生検 | | | | | | | | |
| 04 | 凍結療法 | | | | | | | | |
| 05 | 光線療法（紫外線・赤外線・PUVA） | | | | | | | | |
| 06 | 中等症の熱傷の入院治療 | | | | | | | | |
| 07 | 顔面外傷の治療 | | | | | | | | |
| 08 | 皮膚悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 09 | 皮膚悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 10 | 良性腫瘍・母斑その他の切除・縫合手術 | | | | | | | | |
| 11 | マイクロサージェリーによる遊離組織移植 | | | | | | | | |
| 12 | 唇顎口蓋裂手術 | | | | | | | | 件 |
| 13 | アトピー性皮膚炎の治療 | | | | | | | | |

2. 神経・脳血管領域

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 神経・脳血管領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 脳波検査 | | | | | | | | |
| 03 | 長期継続頭蓋内脳波検査 | | | | | | | | |
| 04 | 光トポグラフィー | | | | | | | | |
| 05 | 脳磁図 | | | | | | | | |
| 06 | 頭蓋内圧持続測定 | | | | | | | | |
| 07 | 頸部動脈血栓内膜剝離術 | | | | | | | | 件 |
| 08 | 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（終日対応できるものに限る） | | | | | | | | 件 |
| 09 | 上記以外の経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術 | | | | | | | | 件 |
| 10 | 抗血栓療法 | | | | | | | | |
| 11 | 頭蓋内血腫除去術（終日対応できるものに限る） | | | | | | | | 件 |
| 12 | 上記以外の頭蓋内血腫除去術 | | | | | | | | 件 |
| 13 | 脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング）（終日対応できるものに限る） | | | | | | | | 件 |
| 14 | 上記以外の脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング） | | | | | | | | 件 |
| 15 | 脳動静脈奇形摘出術 | | | | | | | | 件 |
| 16 | 脳血管内手術 | | | | | | | | 件 |
| 17 | 脳腫瘍摘出術 | | | | | | | | 件 |
| 18 | 脊髄腫瘍摘出術 | | | | | | | | 件 |
| 19 | 悪性脳腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 20 | 悪性脳腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 21 | 小児脳外科手術（件数は概数で差し支えない） | | | | | | | | 件 |
| 22 | 機能的脳神経手術（てんかん手術を含む） | | | | | | | | |

5. 耳鼻咽喉領域 つづき

| | | | | | | | | | |
|----|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 13 | 咽頭悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 14 | 咽頭悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 15 | 咽頭悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 16 | 喉頭悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 17 | 喉頭悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 18 | 喉頭悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 19 | 摂食機能障害の治療 | | | | | | | | |

6. 呼吸器領域

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 1 | 呼吸器領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 2 | 気管支ファイバースコープ | | | | | | | | |
| 3 | 肺悪性腫瘍摘出術 | | | | | | | | 件 |
| 4 | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍摘出術 | | | | | | | | 件 |
| 5 | 肺悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 6 | 肺悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 7 | 在宅持続陽圧呼吸療法（睡眠時無呼吸症候群治療） | | | | | | | | |
| 8 | 在宅酸素療法 | | | | | | | | |

7. 消化器系領域

| | | | | | | | | | |
|----|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 消化器系領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 上部消化管内視鏡検査 | | | | | | | | |
| 03 | 上部消化管内視鏡的切除術 | | | | | | | | 件 |
| 04 | 下部消化管内視鏡検査 | | | | | | | | |
| 05 | 下部消化管内視鏡的切除術 | | | | | | | | 件 |
| 06 | 虫垂切除術（乳幼児に実施したものを除く） | | | | | | | | 件 |
| 07 | 食道悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 08 | 食道悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 09 | 食道悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 10 | 胃悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 11 | 腹腔鏡下胃悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 12 | 胃悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 13 | 胃悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 14 | 大腸悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 15 | 腹腔鏡下大腸悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 16 | 大腸悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 17 | 人工肛門の管理 | | | | | | | | |
| 18 | 移植用部分小腸採取術（生体） | | | | | | | | 件 |
| 19 | 生体部分小腸移植術 | | | | | | | | 件 |
| 20 | 移植用小腸採取術（死体） | | | | | | | | 件 |
| 21 | 同種死体小腸移植術 | | | | | | | | 件 |

8. 肝・胆道・膵臓領域

| | | | | | | | | | |
|----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 肝・胆道・膵臓領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 肝生検 | | | | | | | | |
| 03 | 肝悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |

8. 肝・胆道・膵臓領域 つづき

| | | | | | | | | | |
|----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 04 | 肝悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 05 | 胆道悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 06 | 胆道悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 07 | 開腹による胆石症手術 | | | | | | | | 件 |
| 08 | 腹腔鏡下胆石症手術 | | | | | | | | 件 |
| 09 | 内視鏡的胆道ドレナージ | | | | | | | | 件 |
| 10 | 経皮経肝の胆道ドレナージ | | | | | | | | 件 |
| 11 | 膵悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 12 | 膵悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 13 | 膵悪性腫瘍放射線療法 | | | | | | | | |
| 14 | 体外衝撃波胆石破砕術 | | | | | | | | 件 |
| 15 | 生体肝移植 | | | | | | | | 件 |

9. 循環器系領域

| | | | | | | | | | |
|----|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 循環器系領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | ホルター型心電図検査 | | | | | | | | |
| 03 | 心臓カテーテル法による諸検査（終日対応できるものに限る） | | | | | | | | |
| 04 | 上記以外の心臓カテーテル法による諸検査 | | | | | | | | |
| 05 | 心臓カテーテル法による血管内視鏡検査 | | | | | | | | |
| 06 | 冠動脈バイパス術 | | | | | | | | 件 |
| 07 | 経皮的冠動脈形成術（PTCA） | | | | | | | | 件 |
| 08 | 経皮的冠動脈血栓吸引術 | | | | | | | | 件 |
| 09 | 経皮的冠動脈ステント留置術 | | | | | | | | 件 |
| 10 | 弁膜症手術 | | | | | | | | 件 |
| 11 | 開心術 | | | | | | | | 件 |
| 12 | 大動脈瘤手術 | | | | | | | | 件 |
| 13 | 下肢静脈瘤手術 | | | | | | | | 件 |
| 14 | ペースメーカー移植術 | | | | | | | | 件 |
| 15 | ペースメーカー管理 | | | | | | | | |

10. 腎・泌尿器系領域

| | | | | | | | | | |
|----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 腎・泌尿器系領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 膀胱鏡検査 | | | | | | | | |
| 03 | 腎生検 | | | | | | | | |
| 04 | 血液透析 | | | | | | | | |
| 05 | 夜間透析 | | | | | | | | |
| 06 | 腹膜透析（CAPD） | | | | | | | | |
| 07 | 体外衝撃波腎・尿路結石破砕術 | | | | | | | | 件 |
| 08 | 腎悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 09 | 腎悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 10 | 膀胱悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 11 | 膀胱悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |
| 12 | 前立腺悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 13 | 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 | | | | | | | | 件 |
| 14 | 前立腺悪性腫瘍化学療法 | | | | | | | | |

医療機関名

医療機関コード

18. 小児領域

| | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 01 | 小児領域の一次診療 | | | | | | | | |
| 02 | 小児循環器疾患 | | | | | | | | |
| 03 | 小児呼吸器疾患 | | | | | | | | |
| 04 | 小児腎疾患 | | | | | | | | |
| 05 | 小児神経疾患 | | | | | | | | |
| 06 | 小児アレルギー疾患 | | | | | | | | |
| 07 | 小児自己免疫疾患 | | | | | | | | |
| 08 | 小児糖尿病 | | | | | | | | |
| 09 | 小児内分泌疾患 | | | | | | | | |
| 10 | 小児先天性代謝疾患 | | | | | | | | |
| 11 | 小児血液疾患 | | | | | | | | |
| 12 | 小児悪性腫瘍 | | | | | | | | |
| 13 | 小児外科手術（件数は概数で差し支えない） | | | | | | | | 件 |
| 14 | 小児の脳炎又は髄膜炎（件数は概数で差し支えない） | | | | | | | | 件 |
| 15 | 小児の腸重積 | | | | | | | | 件 |
| 16 | 乳幼児の育児相談 | | | | | | | | |
| 17 | 夜尿症の治療 | | | | | | | | |
| 18 | 小児食物アレルギー負荷検査 | | | | | | | | |

19. 麻酔領域

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 1 | 麻酔科標榜医による麻酔（麻酔管理） | | | | | | | | 件 |
| 2 | 全身麻酔 | | | | | | | | 件 |
| 3 | 硬膜外麻酔 | | | | | | | | 件 |
| 4 | 脊椎麻酔 | | | | | | | | 件 |
| 5 | 神経ブロック | | | | | | | | |
| 6 | 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続注入 | | | | | | | | 件 |

20. 緩和ケア領域

| | |
|---|----------------|
| 1 | 医療用麻薬によるがん疼痛治療 |
| 2 | 緩和的放射線療法 |
| 3 | がんに伴う精神症状のケア |

21. 放射線治療領域

| | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 1 | 体外照射 | | | | | | | | |
| 2 | ガンマナイフによる定位放射線治療 | | | | | | | | 件 |
| 3 | 直線加速器による定位放射線治療 | | | | | | | | 件 |
| 4 | 粒子線治療 | | | | | | | | 件 |
| 5 | 密封小線源照射 | | | | | | | | |
| 6 | 術中照射 | | | | | | | | |

(39) 対応することができる在宅医療

貴院で対応することができる在宅医療について、該当する項目の番号を○で囲んでください。(複数選択可)

① 在宅医療

| | | | |
|----|------------------------------|----|--------------------------------|
| 01 | 往診（終日対応することができるもの） | 15 | 介護職員等喀痰吸引等指示 |
| 02 | 上記以外の往診 | 16 | 在宅患者訪問薬剤管理指導 |
| 03 | 退院時共同指導 | 17 | 在宅患者訪問栄養食事指導 |
| 04 | 在宅患者訪問診療 | 18 | 在宅患者連携指導 |
| 05 | 在宅時医学総合管理（オンライン在宅管理に係るものに限る） | 19 | 在宅患者緊急時等カンファレンス |
| 06 | 05以外の在宅時医学総合管理 | 20 | 在宅患者共同診療 |
| 07 | 施設入居時等医学総合管理 | 21 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導 |
| 08 | 在宅がん医療総合診療 | 22 | 精神科在宅患者支援管理（オンライン在宅管理に係るものに限る） |
| 09 | 救急搬送診療 | 23 | 22以外の精神科在宅患者支援管理 |
| 10 | 在宅患者訪問看護・指導 | 24 | 歯科訪問診療 |
| 11 | 同一建物居住者訪問看護・指導 | 25 | 訪問歯科衛生指導 |
| 12 | 在宅患者訪問点滴注射管理指導 | 26 | 歯科疾患在宅療養管理 |
| 13 | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理 | 27 | 在宅患者歯科治療総合医療管理 |
| 14 | 訪問看護指示 | 28 | 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理 |
| | | 29 | 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理 |

※ 03～25は当該診療行為に対応する診療報酬点数が算定されているものになります。

② 在宅療養指導

| | | | |
|----|------------------|----|------------------------|
| 01 | 退院前在宅療養指導管理 | 16 | 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理 |
| 02 | 在宅自己注射指導管理 | 17 | 在宅寝たきり患者処置指導管理 |
| 03 | 在宅小児低血糖症患者指導管理 | 18 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| 04 | 在宅妊娠糖尿病患者指導管理 | 19 | 在宅振戦等刺激装置治療指導管理 |
| 05 | 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 20 | 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理 |
| 06 | 在宅血液透析指導管理 | 21 | 在宅仙骨神経刺激療法指導管理 |
| 07 | 在宅酸素療法指導管理 | 22 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 08 | 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 23 | 在宅気管切開患者指導管理 |
| 09 | 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 24 | 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理 |
| 10 | 在宅小児経管栄養法指導管理 | 25 | 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理 |
| 11 | 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理 | 26 | 在宅経腸投薬指導管理 |
| 12 | 在宅自己導尿指導管理 | 27 | 在宅腫瘍治療電場療法指導管理 |
| 13 | 在宅人工呼吸指導管理 | 28 | 在宅経肛門の自己洗腸指導管理 |
| 14 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | | |
| 15 | 在宅悪性腫瘍等患者指導管理 | | |

※ 01～24は当該診療行為に対応する診療報酬点数が算定されているものになります。

③ 診療内容

| | | | |
|----|--------|----|--------------|
| 01 | 点滴の管理 | 08 | 人工肛門の管理 |
| 02 | 中心静脈栄養 | 09 | 人工膀胱の管理 |
| 03 | 腹膜透析 | 10 | レスピレーター |
| 04 | 酸素療法 | 11 | モニター測定 |
| 05 | 経管栄養 | 12 | 尿カテーテル |
| 06 | 疼痛の管理 | 13 | 気管切開部の処置 |
| 07 | 褥瘡の管理 | 14 | 在宅ターミナルケアの対応 |

医療機関名

医療機関コード

④ 他施設との連携

| | | | |
|----|----------------|----|---------------|
| 01 | 病院との連携 | 04 | 居宅介護支援事業所との連携 |
| 02 | 診療所との連携 | 05 | 薬局との連携 |
| 03 | 訪問看護ステーションとの連携 | | |

※ 常時、他施設と共同して在宅医療を実施している場合に限りです。

(40) 対応することができる介護サービス

貴院で対応することができる介護保険サービスについて該当する項目の番号を○で囲んでください（複数選択可）。

① 施設サービス

| | | | |
|---|------------|---|------------|
| 1 | 介護福祉施設サービス | 2 | 介護保健施設サービス |
| 3 | 介護療養施設サービス | 4 | 介護医療院サービス |

② 居宅介護支援

| | |
|---|--------|
| 1 | 居宅介護支援 |
|---|--------|

③ 居宅サービス

| | |
|----|------------------------------------|
| 01 | 訪問介護 |
| 02 | 訪問入浴介護 |
| 03 | 訪問看護 |
| 04 | 訪問リハビリテーション |
| 05 | 居宅療養管理指導 |
| 06 | 通所介護 |
| 07 | 通所リハビリテーション |
| 08 | 短期入所生活介護 |
| 09 | 短期入所療養介護 |
| 10 | 特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可） |
| 11 | 福祉用具貸与 |
| 12 | 特定福祉用具販売 |

④ 地域密着型サービス

| | |
|---|------------------|
| 1 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 2 | 夜間対応型訪問介護 |

④ 地域密着型サービス 続き

| | |
|---|----------------------|
| 3 | 地域密着型通所介護 |
| 4 | 認知症対応型通所介護 |
| 5 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 6 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 7 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 8 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 9 | 複合型サービス |

⑤ 介護予防支援

| | |
|---|--------|
| 1 | 介護予防支援 |
|---|--------|

⑥ 介護予防サービス

| | |
|----|-----------------|
| 01 | 介護予防訪問介護 |
| 02 | 介護予防訪問入浴介護 |
| 03 | 介護予防訪問看護 |
| 04 | 介護予防訪問リハビリテーション |
| 05 | 介護予防居宅療養管理指導 |
| 06 | 介護予防通所介護 |
| 07 | 介護予防通所リハビリテーション |
| 08 | 介護予防短期入所生活介護 |
| 09 | 介護予防短期入所療養介護 |
| 10 | 介護予防特定施設入居者生活介護 |
| 11 | 介護予防福祉用具貸与 |
| 12 | 特定介護予防福祉用具販売 |

⑦ 介護予防地域密着型サービス

| | |
|---|------------------|
| 1 | 介護予防認知症対応型通所介護 |
| 2 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 3 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |

⑧ 地域支援事業

| | |
|---|---------|
| 1 | 第一号訪問事業 |
| 2 | 第一号通所事業 |

(41) セカンド・オピニオンに関する状況

① セカンド・オピニオンのための診療情報提供の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 1 | 有 | 2 | 無 | ※ 他の医療機関でセカンド・オピニオンを受けたい患者への対応ができるか記載してください。 |
|---|---|---|---|--|

② セカンド・オピニオンのための診療の有無及び料金

「1」又は「2」のいずれかを○で囲み、「1 有」を選択した場合はその料金等を記載してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| 1 | 有 | → | 料金等 | | | | | | | | | | | 30文字以内 |
| 2 | 無 | | | | | | | | | | | | | |

※ 患者が他の医療機関で受けた診療に関しセカンド・オピニオンを受けたいとき、対応可能か記載してください。

(42) 地域医療連携体制

② 地域連携クリティカルパスへの参加の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

医療機関名

医療機関コード

(43) 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

Ⅲ 医療の実績、結果に関する事項

(44) 医療従事者の人員数

従事者の種類の番号を○で囲み、報告日現在の従事者数を記入してください。

| 従事者の種類 | 総数 | うち外来担当 | うち病棟担当 |
|-------------|-----|--------|--------|
| 1 医師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 2 歯科医師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 3 薬剤師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 4 看護師及び准看護師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 5 助産師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 6 歯科衛生士 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 7 診療放射線技師 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 8 理学療法士 | . 人 | . 人 | . 人 |
| 9 作業療法士 | . 人 | . 人 | . 人 |

※ 常勤者数と非常勤者を常勤換算した数を足し合わせ、小数点第2位以下を切り捨てて計上してください。

※ 複数の免許を併せて有する者については、業務内容で主として行っているいずれか一方に計上してください。

※ 病棟担当と外来担当を区別できない場合は、重複計上して差し支えありません。

※ 病床のない診療所の場合は、「総数」及び「うち外来担当」欄のみ御記入ください。

(45) 看護師の配置（実質配置）状況

病床を持つ場合のみ御記入ください。

| ① 一般病床 | ② 療養病床 |
|--------|--------|
| . 人 | . 人 |

※ 次式により算出した値を小数点第2位以下を切り捨てて記載してください。

報告年度の前年度における各病床別の1日平均患者数÷常勤換算した看護師及び准看護師の人数

(46) 法令上の義務以外の医療安全対策

④ 医療事故情報収集等事業への参加の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

※（財）日本医療機能評価機構に医療事故報告を行っている場合は「1 有」を選択してください。

(47) 法令上の義務以外の院内感染対策

③ 院内での感染症の発症率に関する分析の実施の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

(49) 診療情報管理体制

③ 電子カルテシステムの導入の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

(50) 情報開示に関する窓口の有無

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

(52) 治療結果情報

① 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数等、治療結果に関する分析の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 有 | 2 | 無 |
|---|---|---|---|

