

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 (助産所用)

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)	

ローマ字記入例 山形助産所 Yamagata Jyosanjyo

(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

--

(4) 医療機関の所在地

郵便番号	
所在地 (フリガナ) ※左詰でスペースを空 けずに記入願いま す。	
所在地	
英語標記	

※ 英語標記記入例 山形市松波 2-8-1 → 2-8-1, Matsumami, Yamagata City

(5) 医療機関の電話番号及びFAX番号

患者などへ案内する医療機関の電話番号・FAX番号を記入してください。

① 案内用電話番号 (平日)

電話番号		-		-					
------	--	---	--	---	--	--	--	--	--

② 案内用電話番号 (休日・夜間)

電話番号		-		-					
------	--	---	--	---	--	--	--	--	--

※ 夜間・休日の案内用電話番号がある場合のみ記入してください。

③ 案内用FAX番号

FAX番号		-		-					
-------	--	---	--	---	--	--	--	--	--

医療機関名

--

医療機関コード

--

(7) 就業日 (8) 就業時間帯

就業時間帯を24時間制で記入してください。

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

区分	月	火	水	木	金	土	日
----	---	---	---	---	---	---	---

(記入例)

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

(記入欄)

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

特記事項 90文字以内 上記一覧表に記入できない事項(例 水曜日の就業時間は隔週となる等)を記入してください。

(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

※ 御自宅を助産所として保健所に届出を行い、訪問のみで保健指導等を行っている助産所の場合は記入不要です。

(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

※ 御自宅を助産所として保健所に届出を行い、訪問のみで保健指導等を行っている助産所の場合は記入不要です。

【4 費用負担等】

(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】

(32') 家族付き添い室の有無

出産時の家族付き添い室がある場合は「1」を、ない場合は「2」を○で囲んでください。

1	有	2	無
---	---	---	---

※ 施設内で分娩を取扱っていない助産所の場合は記入不要です。

(32'') 妊産婦に対する相談又は指導

取扱っている相談又は指導の内容で該当する項目の番号を○で囲んでください。（複数選択可）

1	周産期相談
2	母乳育児相談
3	栄養相談
4	家族計画指導（受胎調節実地指導を含む。）
5	女性の健康相談
6	訪問相談又は訪問指導

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
4 看護師及び准看護師	人
5 助産師	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。

(53') 分娩取扱数

報告年度の前年度の分娩取扱数について記入してください。

人

- ※ 分娩を取扱っていない場合は記入不要です。

(55) 妊産婦等満足度調査

① 妊産婦等満足度調査実施の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

1	有	2	無
---	---	---	---

② 妊産婦等満足度調査結果の提供の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

1	有	2	無
---	---	---	---

(58) 産科医療補償制度による補償の有無

「1」又は「2」のいずれかを○で囲んでください。

1	有	2	無
---	---	---	---

- ※ 助産所において（財）日本医療機能評価機構が運営を行う「産科医療補償制度」に加入している場合は、「1 有」を選択してください。

【報告事項は以上です。御協力ありがとうございました。】