

# 医療機関意向調査票

回答日 平成30年〇月〇日

\* 欄外の注釈を参考に記載して下さい。  
\* 個別に指示のない限り、平成30(2018)年7月1日時点の状況を記載して下さい。

御担当者 職氏名		電話番号	
		メールアドレス	

医療機関名		許可	稼働
1 病床数	計	0	0
	一般		
	療養(医療、介護)		
	精神		
	感染症		
2 一般および療養病床のうち機能別の病床	計		0
	高度急性期		
	急性期		
	回復期		
	慢性期		
3 診療科			
4 常勤職員数	医師		
	看護職		
	その他医療専門職		
5 外来患者数			
6 現状と課題(地域医療構想を踏まえて記入)	自医療機関の特徴について		
	地域との連携		
	課題		
7 今後の方針	今後地域において担うべき役割		
	今後持つべき病床機能		
8 具体的な計画(2025年)			
機能ごとの病床数	計		0
	高度急性期		
	急性期		
	回復期		
	慢性期		
	うち介護医療院等へ移行予定		
診療科の見直し			
9 地域医療介護総合確保基金の活用について			
10 その他			

[床] \* 自動計算

[床]

[床]

[床]

[床]

[床] \* 自動計算

[床] \* 稼働病床分について記入

[床] "

[床] "

[床] "

\* [内, 外, 整, リハ, 産, その他]よりあるもの全て選択

[人] \* 常勤の人数を記入(常勤換算ではない)

[人] ", 看護師, 准看護師, 保健師, 助産師の合計数を記入

[人] ", 薬剤師, 臨床検査技師, 診療放射線技師, 理学・作業療法士など有資格者の合計数を記入

[人/日](〇年度または〇年)

\* 提供する医療の特徴、栃木県保健医療計画(7期計画)に記載されている5疾病・5事業及び在宅医療(がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、精神疾患の医療連携、救急、へき地医療、周産期医療、在宅医療等)において特徴があれば記入

\* 地域内の医療連携や、在宅医療・介護連携等で特徴があれば記入

\* 上に記入した内容に関して、強化すべきことや新たに取り組むべきことなどあれば記入

\* 「現状と課題」に記入した内容を踏まえ記入

\* 特に入院に関して、今後担う役割を踏まえ記入

[床] \* 自動計算

[床] \* 2025年に想定する稼働病床分の内訳を記入

[床] "

[床] "

[床] "

[床] \* 2025年までに介護医療院または介護老人保健施設へ移行予定がある場合は記入

\* 予定がある場合は記入

\* 基金を活用した補助事業の希望がある場合は記入

\* その他の特記事項がある場合は記入