

調査票(医療機関が担う役割)

回答日 平成31年 月 日

| | | | | | |
|-------|--|-------------|--|---------|--|
| 医療機関名 | | 御担当者 職氏名 | | 電話番号 | |
| | | | | メールアドレス | |

■2025年を見据えた構想区域において担うべき(と考えている)医療機関としての役割

| がん | 脳卒中 | 心筋梗塞 等の心 血管疾患 | 糖尿病 | 精神疾患 | 救急医療 | 災害医療 | へき地医療 | 周産期医療 | 小児医療 | 在宅医療 | その他(左 記の11分 野以外の 分野) |
|----|-----|---------------------|-----|------|------|------|-------|-------|------|------|-------------------------------|
| | | | | | | | | | | | |

※栃木県保健医療計画(7期計画)に定める医療機能(例 がん P66~68)を参考にするなどして、現時点において担うべき(と考えている)医療機関としての役割に**該当する欄に○を記入**して下さい。(御回答いただいた役割については確定するものではなく、随時修正可能です。)

※栃木県保健医療計画(7期計画)については、下記URL(栃木県ホームページ)からご覧下さい。

URL:<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/pref/keikaku/bumon/hokeniryou7.html>

※その他を選択した場合は、具体的な内容を下記に記載して下さい。

※調査票の様式については、本書を活用するか下記URL(栃木県ホームページ)からダウンロードして御利用下さい。

URL:<http://www3.pref.tochigi.lg.jp/e54/system/desaki/desaki/kenhoku-index.html>

問い合わせ先: 栃木県県北健康福祉センター総務企画課 担当: 池田 TEL: 0287-22-2257

※作成した調査票は、下記の住所宛てに郵送又はFAXして下さい。様式をダウンロードし電子データで作成された医療機関におかれましては、下記のメールアドレス宛てに送信して下さい。

住所: 大田原市住吉町2-14-9 県北健康福祉センター総務企画課 〒324-8585

FAX: 0287-22-2257

メールアドレス: kenhoku-kfc@pref.tochigi.lg.jp

