新規

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に関する　　　　　　申出書

　　　　　　　　救急診療所　　　　　　　　　　更新

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　栃　木　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

　　救急病院・救急診療所として救急業務に関して協力したいので、救急病院等を定める省令第１条の規定に基づき、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 概要 |  |  | 電話 | （昼間） |
| （ふりがな） |  | （夜間） |
| 開設者住所 |  | （ふりがな）　開設者氏名　 |
| 管理者住所 |  | （ふりがな）　管理者氏名　 |
|  |  |
| 健康福祉ｾﾝﾀｰ（保健所）名 |  |  |  |
|  |  | 郡市医師会名 |  |
| **許可**病床数：　　 　　床 | 救急専用病床又は優先的に使用される病床数：　　　 　床 |
| 医療機関の勤務医師数 | 常勤換算　　人　　（常勤人数　　人） |
| うち、救急担当医師数 | 常勤換算　　人　　（常勤人数　　人） |
| 看護師数 | 常勤換算　　人　　（常勤人数　　人） |
| 救急担当医等の概要 | 氏　　　名 | 年齢 | 診療科名 | 救急医療に関する略歴（最終学歴以降） | 常勤・非常勤の別 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
| 機器設備 |  |  | 台数等 | 設置年 | 備　考 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　輸血及び輸液のための設備　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |

※　輸血及び輸液のための設備とは輸血のための血液検査に必要な機械器具を含むものとすること。

※　機器設備の設置場所を示した図面を添付すること。

|  |
| --- |
| 傷病者搬入に関する所在地周辺の状況及び構造設備　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地周辺の状況 |  |  最大：　　　　ｍ　　　最小：　　　　　ｍ |
|  | ・通行に全く支障がない。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・通行がやや困難である。　　　　　　　　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・施設の　　　　　ｍ前で通行不能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 玄関又は傷病者搬入口に救急車接着の可否 | ・接着可能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　　　　　ｍ前で通行不能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 構造設備 |  |  傷病者搬入口が　　　　ある　　　　ない　 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宿日直体制 | 区　分 | 平　　　時 | 夜　　　間 |  | 備　考 |
| 医　師 | 人（　　人） | 人（　　人） | 人（　　人） |  |
| 看護師 | 人（　　人） | 人（　　人） | 人（　　人） |  |

　注：救急医療についての体制を記入すること。

　　　平均的勤務人数を記入すること。常勤者数を( ) 書きで再掲すること

|  |
| --- |
| 　協　力　医　療　機　関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  | 病床数 |  | 診療科名 |
|  |  |  | 有　・　無 |  |
|  |  |  | 有　・　無 |  |

|  |
| --- |
| 栃木県救急医療情報システムの入力状況 |
| ※ 原則、毎日２回以上応需情報を入力し、更新すること。※ 応需情報が変化した場合には適宜情報更新すること。入力回数：　１日　　回（入力時間帯を定めている場合：　　 時　 分　、　時　　分 |
| システム担当者　 担当部署　　　　　　　　　職氏名 |

（備　考）

　添付書類

　１　病院（診療所）の所在地を示す案内図（付近の主要道路、交通機関または著名な建物等から当該施設に至る図面とし、特に玄関から搬入口に至る道路状況（交通規制・道路の幅員等）を記入すること。）

　２　建物の平面図（救急診療に関する室（診療室・救急専用病室等）、救急医療の提供に必要な機器設備の設置場所を明示すること。）

【広域健康福祉センター・保健所使用欄】　※医療機関は記入しないでください。

　現地調査の上、本申出書の内容が適当であることを確認しました。

　調査日：令和　　年　　月　　日

　調査者（職・氏名）：