地域で不足する外来医療機能等に係る意向確認書

令和　　年　　月　　日

　栃木県知事　　様

　（栃木県　　　健康福祉センター所長　様）

　地域で不足する外来医療機能等を担う意向について、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院(診療所、助産所)の名称 | | | | |  | |
| 開設の場所 | | | | |  | |
| 開設年月日 | | | | |  | |
| 電話番号 | | | | |  | |
| 管理者 | | | 住所 | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 診療科 | | | | |  | |
| 地域で不足する外来医療機能等を担う意向 | | | | | | |
|  | 外来医療計画において「地域で不足する外来医療機能」に位置づけられているもの※ | | | | | |
|  | 夜間や休日等における地域の初期救急医療 | | | | 有・無 |
| 在宅医療 | | | | 有・無 |
| 「地域で不足する外来医療機能」には位置づけられていないが、意向を確認するもの | | | | | |
|  | 公衆衛生に係る医療（学校医・予防接種等） | | | | 有・無 |
| (意向がない場合)  その理由 | | |  | | |

※当該医療機能を担う意向がない場合、地域医療構想調整会議への出席を求めることがあります。