**別　紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 特例届出診療所に係る協議書  　　年　　月　　日  　栃木県知事　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　 開設者の住所  　　　　　　　　　　　　（法人の場合は主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　 開設者の氏名  　　　　　　　　　　　　（法人の場合は名称及び代表者の氏名）  　届出により療養病床及び一般病床を設置できる診療所取扱要綱（以下「要綱」という。）第３条の規定に基づき、下記の診療所が、医療法施行規則第1条の14第７項第1号から第2号までに規定する診療所に該当することについて協議します。 | |
| 診療所の名称（仮称） |  |
| 診療所の所在地(予定) |  |
| 移転を伴う場合は移転先の住所 |
| 要綱第３条の規定により協議する特例届出診療所（該当番号に○印） | １　地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所  　（保有する機能）  　　①在宅療養支援診療所　②急変時の入院患者の受入　③電話等への常時対応  　 ④他の急性期病院からの受入　⑤診療所内での看取り　⑥麻酔の実施  　　⑦在宅・介護施設への受渡  　２　へき地に設置される診療所  　３　小児医療の推進に必要な診療所  　４　周産期医療の推進に必要な診療所  　５　救急医療の推進に必要な診療所  　６　地域において特に必要な診療所  （ ） |
| 設置等予定年月日 | 平成　　年　　月　　日（既開設年月日：　 　 年　　月　　日） |
| 診療科目 |  |
| 病床の設置等の理由  （診療計画等） |  |
| 地域における医療需要を踏まえた必要性 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病床数 | | | | 区　　　　分 | | | | | | | | 一般病床 | | | | | | 療養病床 | | | | | | 計 | | | | |
| 既存の病床 　Ａ | | | | | | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | | 床 |
| 協議する病床 　Ｂ | | | | | | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | | 床 |
| 合計病床数 Ａ＋Ｂ | | | | | | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | 床 | | | 室 | | | | 床 |
| 従  業  者 | | 資格名等 | | | 医　師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 助産師 | | | 看護補助者 | | | 薬剤師 | | | 栄養士 | | 事務員 | | | その他 | | 計 | |  |
|
| 申出時 | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | 人 | |
| 設置等後 | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | 人 | |
| 病室名 | | | | | | 病床の種別 | | | | 病床数 | | | 床面積  （内法） | | | | | | 一人当たり床面積 | | | | | | | 隣接する廊下幅 | | |
| 階 | | |  | | |  | | | | 床 | | | ㎡ | | | | | | ㎡ | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | |
| 連  絡  先 | 住所 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | ファクシミリ番号 | | | | | | |  | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**添付書類**

１　開設者が法人の場合：法人登記簿及び定款又は寄附行為

　　開設者が個人の場合：免許証の写し及び履歴書

２　建物配置図及び建物平面図

３　要綱第２条に定める基準に該当することを示す書類

４　その他保健所長が必要と認める書類