様式第１号

救急病院 新規

　　　　　　　　に関する 申出書

救急診療所 更新

　　　　 年 月 日

　様

　申出者住所　〒

　氏 名

　 （押印省略）

（担当者　　　　　　　　　　　）

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条に基づき、次のとおり申出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療所  病 院 |  | 〒 | | | | 電話 | （昼間） | | | |
|  |  | | | | （夜間） | | | |
| 概  要 | 開設者住所 |  | | | | 開設者氏名 | | |  | |
| 管理者住所 |  | | | | 管理者氏名 | | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
| 対応科名 |  | | | | | | | | |
| 救急担当医師等の概要 | 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 |
|  |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | | 台数等 | | 備 考 |
| ※ | | | |  | | |  | |  |
| ※ | | | |  | | |  | |  |
| ※輸血及び輸液のための装置 | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | |  | | |  | |  |
| 病床数 | 総病床数 | | 床 | | 又は  優先的に使用される病床 | | | 床 | |  |

（注）１　申出は、開設者が行うこと。ただし、国に準ずる団体が開設する医療機関については、管理者名で申出を行っても差し支えないこと。

２　「申出者住所」… 法人にあっては、主たる事務所の所在地をいう。

３ ｢氏名｣ … 法人にあっては、名称及び代表者氏名をいう。

４ 「機器設備」… ※印の設備は、必須設備である。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病者搬入に関する所在地周辺の状況及び構造設備 | | | |
|  | 付近道路の幅員 | 最 大 ｍ  最 小 ｍ | |
| 救急車通行の難易 | * 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） | |
| その他疾病者搬入に関する参考事項 |  | |
|  | 傷病者搬入口の有無 | 傷病者搬入口が設置されて | い る  いない |
| その他傷病者搬入に関する参考事項 |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職種  時日 |  | 看護師 | （注）人数は、平均的勤務人数を記入すること。うち、常勤者数を（ ）書きで再掲すること。０人の場合も空白ではなく、０人と記入すること。 |
| 平 時 | 人（ 人） | 人（ 人） |
| 夜 間 | 人（ 人） | 人（ 人） |
| 日曜・祝日 | 人（ 人） | 人（ 人） |
| （その他参考となる事項） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
|  |  | 病床数 | 救急告示  の有 無 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（備考）添付書類

１ 医療機関周辺の見取図（付近の主要道路、交通機関又は著名な建物等からの

当該施設に至る図面とし、特に玄関又は搬入口に至る道路状況＜交通規制、道路の幅員（最大、最小）等＞を記入すること。）

２ 建物の平面図（救急診療に関する室＜救急搬入口、診療室、救急専用病室、手術室（外科を標榜している場合）、エックス線診療室、エレベーター（複数階構造になっている場合）等＞を明示すること。）