

救急病院
救急診療所

↑

どちらか一方を
====で
消してください。

新規
更新

←

どちらか一方を
====で
消してください

に関する 申出書

年 月 日

広島県知事様

申出者住所 〒 _____

氏 名 _____

(担当者 _____)

押印不要です。

(押印省略)

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。

病 診 療 院 概 要	県報に登記するため、略さず正式名称を記入してください。		電 話	(昼間)		
				(夜間)		
	開設者住所		開設者氏名			
	管理者住所		管理者氏名			
	標榜科名					
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
	記入しきれない場合は、別紙としてください。					
機 器 設 備	医 療 機 器 名		名 称 ・ 型 式 等		台数等	備 考
	※エックス線装置					
	※心電計					
	※輸血及び輸液のための装置					
	除細動器					
	酸素吸入装置					
	人工呼吸器					
その他						
病 床 数	総病床数	床	救急専用病床 又は 優先的に使用される病床		図面内に、場所を記入してください。	

- (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			
所在地周辺の状況	付近道路の幅員	最大 最小	m 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		
構造設備	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	エレベーター、スロープの有無等について、 記入してください。	

宿日直体制の概況	職種	医 師	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。
	時日			
	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)			
	病院周辺に医師住宅がある等、救急搬送に対応可能な諸体制について、該当があれば記入してください。			

協 力 医 療 機 関				
医 療 機 関 名	所 在 地	病床数	救急告示の有無	診 療 科 名
※ 本欄は、必ず記入してください。				

(備考) 添付書類

- 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。)
- 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。)

※ 上記備考欄に記載の情報について、必ず図面内に記入をしてください。(赤字部分)