



に関する



申出書

どちらか一方を
_____で
消してください。

令和 年 月 日

広島県知事様

どちらか一方を
_____で
消してください。

申出者住所 〒

氏 名

印

(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。

概要		県報に登載するため、略さず正式名称を記入してください。			電話	(昼間)		
						(夜間)		
救急担当医師等の概要		開設者住所		開設者氏名				
		管理者住所		管理者氏名				
標榜科名								
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。		床	

(注) 1 申出は、開設者から行うこと。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」…法人にあつては、主たる事務所の所在地をいう。

3 「氏名」…法人にあつては、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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		(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。	
	時日	医 師		看 護 師
	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。				

応 需 情 報 の 入 力 (救急医療情報ネットワークシステム)				
<ul style="list-style-type: none"> ○ 応需情報 (搬送受入の可否) はリアルタイムに入力・更新することが望ましい。 ○ ただし、人員の体制等によりリアルタイムの入力等が困難な場合は、当日の当直医等の体制から、各診療科目ごとに受入交渉が可能かどうか救急隊にわかるように情報を入力する等、毎日更新を行うこと。 				
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

- 1 病院 (診療所) の所在地を示す案内板 (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、手術室、X線装置室等>を明示すること。)