

平成 年 月 日

都道府県知事 殿

住所
開設者
氏名 印
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地及び
名称並びに代表者の氏名〕
電話

病院病床転換届

次のとおり、病院の病床を転換する予定のため、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号。以下「規則」という。）附則第 51 条及び第 52 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

病院名称				
所在地				
開設許可年月日				
設置施設	名称			
	設置年月日			
	設置理由			
転換先施設	転換先名称			
	転換先所在地			
	転換予定年月日			
転換予定病床数	病床種別	設置施設病床数	他の病床数	病床数計
	療養病床	床	床	床
	精神病床	床	床	床

(注) この届出書には、次の書類を添付すること。

- 敷地の平面図
- 建物の平面図（設置施設に係る病室の部分を朱書で示すこと。）
- 各病室の概要（別記 1 に記載すること。）
- 転換予定年月日までの事業計画書（別記 2 に記載すること。）

(別記 1)

各病室の概要

1. 病室の状況

病床種別	病室番号	定員(人)	床面積 (㎡)

- (注) 1. 建物ごと、各階ごと、病床種別ごとに別葉とすること。
 2. 「病床種別」欄には、「精神」、「療養」のいずれかを記入すること。
 3. 「病室番号」欄には、平面図と合致するよう記入すること。
 4. 床面積については、小数点第2位を切り捨て、小数点第1位までの数値を記入すること。

2. 病室数及び病床数の状況

病床種別	病室数		病床数	
	変更前	変更後	変更前	変更後
療養病床	床	床	床	床
精神病床	床	床	床	床

(別記 2)

転換を行うまでの事業計画書

年月日	内 容	備 考

- (注) 1. 病床転換に係る設置施設から介護老人保健施設等への過程が明確となるように記入すること。
2. 転換予定年月日を明記すること。
3. 職員の状況についても記載すること。

平成 年 月 日

都道府県知事
保健所設置市長 殿
特別区長

住所
開設者
氏名 印
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地及び
名称並びに代表者の氏名〕
電話

療養病床等に関する経過措置の適用に係る届出

標記について、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号。以下「規則」という。）附則第 53 条、第 54 条又は第 55 条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1. 届出の根拠規定等について

届出の根拠規定	特定介護療養型医療施設への該当の有無	
	有り	無し

(注 1) 「届出の根拠」の欄には、規則附則第 53 条、第 54 条又は第 55 条のうちから 1 つを選択して記入すること。

(注 2) 「特定介護療養型医療施設」の内容については、規則附則第 53 条を参照されたいこと。

2. 看護師等の人員配置の状況について

	必要数	平成 30 年 4 月 1 日時点 における現員数
看護師数 及び准看護師数	名	名
看護補助者数	名	名

(注 1) 1. の「特定介護療養型医療施設」に該当する場合には、2. の記入は不要であること。

(注 2) 「必要数」の欄には、経過措置が適用される前の員数の標準に基づき、平成 29 年度の入院患者の数及び外来患者の数の平均値を用いて算定される数を記入すること。

(注 3) 「平成 30 年 4 月 1 日時点における現員数」の欄には、常勤換算後の数を記入すること。

(別添3：様式例)

病院医師宿直免除申請書

平成 年 月 日

都道府県知事 殿

管理者 住所
氏名

印

医療法施行規則第9条の15の2の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

病 院 の 名 称							
開 設 の 場 所							
電 話 番 号							
診 療 科 目							
病 床 数		一般	療養	精神	結核	感染症	合計
		床	床	床	床	床	床
病院に医師を宿直させない理由							
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について	連絡体制						
	連絡を受ける医師の場所						
	医師が適切な診療が行える状態の確保の有無	有 ・ 無					

(注)「医師が適切な診療が行える状態の確保の有無」について、「有」とした場合には当該事項が確認できる医療機関内の規程や内規等を添付すること。

病院医師宿直免除申請書<記載例>

平成 年 月 日

都道府県知事 殿

管理者 住所
氏名

印

医療法施行規則第9条の15の2の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

病 院 の 名 称	当該申請を行う病院の名称を記載してください。					
開 設 の 場 所	当該申請を行う病院の所在地を記載してください。					
電 話 番 号	当該申請を行う病院の連絡先を記載してください。					
診 療 科 目	当該申請を行う病院の標ぼう診療科目を記載してください。					
病 床 数 (許可病床数を記載してください)	一般	療養	精神	結核	感染症	合計
	床	床	床	床	床	床
病院に医師を宿直させない理由	当該申請を行う病院において、医師を宿直させないことを申請する理由を分かりやすく記載してください。					
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について	連 絡 体 制	医師についてはあらかじめ当番制を設け、患者に急変があった場合においても、夜勤の看護師が当番医師の携帯に連絡をとれる体制が確保されている等、「誰が」、「誰に」、「どのように」連絡をするかについて、分かりやすく記載してください。				
	連 絡 を 受 け る 医 師 の 場 所	病院から〇〇kmの医師住宅等、速やかに駆けつけることができる場所であることが分かるよう、記載してください。				
	医師が適切な診療が行える状態の確保の有無	有 ・ 無				

(注)「医師が適切な診療が行える状態の確保の有無」について、「有」とした場合には客観的に当該事項が確認できる医療機関内の規程や内規等を添付すること。