様式第３号の２別紙２－エ

　変更事業計画書（勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業）

１　医療機関名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者（管理者）名 |  | |
| 担当者名・連絡先 | 役職・氏名 | 連絡先  電話番号  メールアドレス |

２　事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| １　実施（予定）期間 | 年　　　月　　　～　　　　年　　　月 |
| ２　事業計画 |  |
| ３　事業の効果  （成果及び課題） |  |
| ４　その他 |  |

　※事業計画は実施事業の変更点をわかりやすく記載すること。

３　確認事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　当該事業に係る最大使用病床数 | 医療法上の病床種別 | 病床機能報告により都道府県へ報告している最大使用病床数  ※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神病床数 |
| 一般病床 | 床 |
|  | 床 |
| 合計 | 床 |
| ２　救急用の自動車等による搬送実績 | 救急用の自動車等による搬送実績  期間：（　　　　）年度 | |
| 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数：  （　　　　　　）件 | |
| ３　その他診療実績  　※２において救急用の自動車等による搬送実績が1000件未満の場合は右欄のいずれに該当するかチェックの上記載（内容について説明が記載仕切れない場合には別紙として差し支えない） | □②ア　夜間・休日・時間外入院件数　（　　　　　）件  期間：（　　　　）年度  □②イ　離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □③ア　周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □③イ　脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □④　その他在宅医療  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ４　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 別表に記載すること。 | |

〔記載上の注意〕

　１ 「２」については、病床機能報告により報告している４月～３月までの１年間における、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数を記載すること。

　２　別表を添付すること。