

様式 1

救急医療 {告示・協力} {病院・診療所} に関する申出書
兼病院 (診療所) 広告事項許可申請書

令和 年 月 日

群馬県知事 山本 一太 様

該当しないものを線で消す

申出者住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

印

1 救急医療 {告示・協力} {病院・診療所} として救急業務に協力したいので、次により申し出ます。

医療機関の概要	所在地	〇〇市〇〇町〇〇—〇			標科 科目	〇〇科、〇〇科		
	名称	〇〇病院又は〇〇診療所						
	開設者住所	〇〇市〇〇町〇〇—〇			開設者名			
	管理者住所	〇〇市〇〇町〇〇—〇			管理者氏名	〇〇 〇〇		
	電話	(昼間) 〇〇〇—△△△—×××× (夜間) 〇〇〇—△△△—×××× (救急用) 〇〇〇—△△△—××××	関係 官公 署名	(保健福祉事務所)	(消防署)	(警察署)		
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		
	<p>救急担当医師の概要を記入する。入りきらない場合は、別紙を作成し添付する。</p>						<p>法人であれば、〇〇法人 〇〇会と記入。 開設者が個人であれば、 個人名を記入。</p>	
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設備 (その他)							
除細動器								
病床数	総病床				〇〇床			
	救急専用病床又は優先的に 使用される病床				〇〇床			

省令に定められている機械については、名称、形式、台数を記入。
その他の救急医療機器についても所有している場合は記入。

傷病者搬入に関する所在地周辺の状況及び構造設備等				
所在地周辺の状況	付近道路の幅員		最大	○m
			最小	○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) 	
構造設備	傷病者搬入口の有無		傷病者搬入口が特設されている いる いない	
	その他傷病者搬入に関する参考事項			
実績	直近1年間の救急車搬送数	直近3年間の救急車搬送数	直近1年間の時間外救急患者受入数(救急医療協力病院・診療所の申出を行う場合のみ記入)	
	○○件	○○件	○○件	
その他	病院群輪番制参加の有無		地域包括ケア病棟の有無	
	有 無	有 無	地域包括医療病棟の有無	
宿日直体制の概要	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。
	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)				

※実績欄の「救急搬送数」には、三次救急医療機関等に救急搬送された患者について、入院前又は入院3日目までに、医療機関が保有する患者等搬送車(いわゆる病院救急車)又は患者等搬送事業者の活用(いわゆる民間救急車、介護タクシー)により転院搬送した場合の受入件数を含む。

(添付書類)※(1)、(2)は必須、(3)は該当する場合のみ添付

- (1) 病院(診療所)の所在地を示す案内図(付近の主要道路、交通機関又は著名な建物等から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・手術室・救急専用病室等)を明示すること。)
- (3) 病院群輪番制の参加を証明する書類(通知、当番表等)、地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出を証明する書類

2 次のとおり広告したいので許可してください。(救急医療協力病院・診療所の申出を行う場合のみ記入)

名 称	
所 在 地	
開設許可(届出) 年 月 日	年 月 日 (第 号)
広告事項 (該当事項の番号を○で囲むこと)	1 群馬県救急医療協力病院 2 群馬県救急医療協力診療所

救急告示医療機関は
記載不要