（様式１）

令和　年　月　日

　　　　　　　　　　救 急 病　院

　　　　　　　　　　救　急　診　療　所　に　関　す　る　申　出　書

　兵庫県知事　　様

　　　　　　　　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名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　 ( )

電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　救急病院

救急診療所として救急業務に協力したいので、救急病院等を定める省令第１条に基づき、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 病診  　療  院所  の  概  要 | 名　　　称 |  | | | | 電  話 | （昼） | | |
| （夜） | | |
| 所在地 |  | | | | 開設年月日 | | |  |
| 標榜科目 |  | | | |
| 開設者住所 |  | | | | 開設者名 | | |  |
| 管理者住所 |  | | | | 管理者名 | | |  |
| ２ | 機  器  設  備 | 医療機器名 | | 名　　称　・　型　　式 | | | 台　　数 | | 設　　置　　場　　所 | |
| エックス線装置 | |  | | |  | |  | |
| 心　　電　　計 | |  | | |  | |  | |
| 輸血及び輸液の  ための設備 | |  | | |  | |  | |
| 除細動器 | |  | | |  | |  | |
| 酸素呼吸装置 | |  | | |  | |  | |
| 人工呼吸器 | |  | | |  | |  | |
| 麻酔器 | |  | | |  | |  | |
| ３ | 病  床  数 | （総 病 床 数）  　　　　　　　　　　　　　　　　　床 | | | | 救　急　専　用　病　床　　　　　　　　　　床 | | | | |
| 優先的に使用される病床 床 | | | | |
| ４ | 構  造  設  備 | 手術室の有無 | | | 有　　　　　　　・　　　　　　　無 | | | | | |
| 傷病者搬入口の有無 | | | 傷病者搬入口が特設されて　　　　い　る　　　・　　　いない | | | | | |
| その他傷病者搬入に  関する参考事項 | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ５ | 所  在  地  周  辺  の  状  況 | 救急車搬入路の幅員 | | | | ｍ | | | | | | | | | |  |
| 救急車通行の難易  （敷　地　内） | | | | □　通行に全く支障がない。  □ 通行がやや困難である。  （理　由） | | | | | | | | | |
| 傷病者搬入口への  救急車接着の可否 | | | | □　接着に全く支障がない。  □ 接着がやや困難である。  （理　由） | | | | | | | | | |
| その他傷病者搬入に  関する参考事項 | | | |  | | | | | | | | | |
| ６ | 宿  日  直  体  制  の  概  要 | 職　種  区　分 | | 医　　　師 | | | 看　護　婦 | | そ　　　　　の　　　　　他 | | | | | | |
| 放射線技師 | | 臨床検査技師 | | 薬　剤　師 | |  |
| 夜　　　間 | | 人  （　　 人） | | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） |
| 日曜・祝日 | | 人  （　　　人） | | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） |
| 待　　　機 | | 人  （　　　人） | | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） | | 人  （　　　人） | | 人  （　　　　人） |
| 〔注　意〕　人数は、平均的勤務人数を記入し、（　　）は常勤者を再掲すること。  その他参考となる事項 | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 救  急  担  当  医  師  等  の  概  要 | 救急担当  医師の氏名 | | | ① | | | ② | | ③ | | ④ | | ⑤ | |
| 年　　齢 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 診療科 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 住　　所 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 常勤・非常勤 | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| ＊  救  急  医  療  に  関  す  る  知  識  ・  経  験 | 救急医療  の  経験年数 | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 救急医療  に関する  略歴・研  修等の特  記事項 | |  | | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８ | 最近１年間の夜間・休日における診療件数 | | | 件  （令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日） | | | | | |
| ９ | 後  送  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　　目 |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
| 〔注　意〕　転送の必要がある救急患者については、積極的に転送を受入れ、診療をしてくれる近  　　　　　隣の医療機関を定め、あらかじめ当該医療機関の了承を得ておくこと。 | | | | | | | |
| 担当部署 | | |  | |
| 記入責任者氏名 | | |  | |
| 担当者氏名 | | |  | |
| 担当者連絡先  電話番号  電話番号 | | |  | |
| 担当者連絡先  電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | |  | |

　－記載上の注意－

「７　救急医療担当医師の概要」欄の「＊　救急医療に関する知識・経験」とは、救急蘇生法、呼吸循環

　環管理、意識障害の識別、緊急データの評価、救急医薬品の使用等について、相当の知識及び経験を有する

　ことをいうので、その経験年数、略歴及び研修等の特記事項を記載する。

　－添 付 書 類－

（１）病院（診療所）の所在地を示す案内図

付近の主要道路、交通機関または著名な建築物等から当該施設に至る図面とし、特に、玄関・搬入口　に接する道路状況（道路の幅員、交通規制等）を明示すること。

　（２）建物の平面図

救急診療に関する室（救急処置室、手術室、救急専用病室等）を明示すること。