意向調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

（実績等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　雇用する医師の状況（①、②のいずれかに〇を記入） | ①別紙「概要　１ア」に該当 |  |
| ①別紙「概要　１イ」に該当 |  |
| ２　当該事業に係る最大使用病床数　（療養病床除く） | 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科病床数の最大使用病床数 |
| 一般病床 | 　　　床 |
| 精神科病床 | 　　　床 |
| 合計 | 　　　床 |
| ３　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：2022年１月～12月※病床機能報告と期間が異なる |
| 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数：（　　　　　　）件 |
| ４　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） | □　夜間・休日・時間外入院件数　（　　　　　）件期間：2022年１月～12月※病床機能報告と期間が異なる* 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　総合周産期医療センター又は地域周産期医療センター□　在宅医療　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　精神科病院　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療

　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* その他

　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５　検討している事業内容 | ※現時点で検討している事業内容をなるべく詳細に記入してください。別紙（任意様式）で回答いただいても問題ありません。 |

〔記載上の注意〕

　１ 「３」「４」については、2022年１月～12月の１年間の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。