第１表

施設表（有床診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （令和　　　年　　　月　　　日 現在） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)施　設　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)所　在　地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3)開　設　者 | （法人にあっては名称および代表者の氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (4)開設年月日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| (5)管理者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (6)電話番号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| (7)病　床　数 | 種　　別 | | | | | | | 一　　般 | | | | | | | | | | | 療　　養 | | | | | | | | | | | | | | | 計 | | | | | | | | | |
| 病 床 数 | | | | | | | 床 | | | | | | | | | | | 床 | | | | | | | | | | | | | | | 床 | | | | | | | | | |
| (8)一日平均  　 入院患者数 | （令和5年4月1日～令和6年3月31日）  　　　　　　　　　　　　　　　　人　（うち療養病床　　　　　　　人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (9)外来診療  実日数 | （令和5年4月1日～令和6年3月31日）  　　　　　　　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | (10)一日平均  外来患者数 | | | | | | | | | | | | （令和5年4月1日～令和6年3月31日）  　　　　　　　　　　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11)診療科名  （該当科に○印） |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 内科 | 呼吸器内科 | 循環器内科 | | 消化器内科 | | 胃腸内科 | | | 糖尿病内科 | 神経内科 | | 心療内科 | | | 精神科 | | 外科 | | | | | 呼吸器外科 | | | 気管食道外科 | | | 肛門外科 | 整形外科 | | | | | 脳神経外科 | | 形成外科 | | アレルギー科 | | リウマチ科 | | 小児科 |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | | | | | （その他の診療科を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | | 産科 | | 婦人科 | | | 眼科 | 耳鼻いんこう科 | | リハビリテーション科 | | | 放射線科 | | 麻酔科 | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12)従事者数 | 職種別 | | | 医師 | | 薬剤師 | | | 看護師 | | | 准看護師 | | 助産師 | | | 栄養士 | | | | | 診療放射線技師 | | 臨床検査技師 | | | | 衛生検査技師 | | | 理学療法士 | | | | | 作業療法士 | | 看護補助者 | | その他 | | 計 | |
| 常　勤 | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |
| 非常勤  （下段：常勤換算後） | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |
| (13)施設設備  概要  （９食堂面積に  ついては、療養  病床を有しない診療所については不要） | １ 手術室 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | ８ 談話室 | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| ２ 臨床検査施設 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | ９ 食堂 | | | | | | | | | | | | 有（　　　㎡）・　無 | | | | | | | | | | |
| ３ 調剤所 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | 10 浴室 | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| ４ 給食施設 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | 11人工透析 | | | | | | | | | | | | 有（　　　床）・　無 | | | | | | | | | | |
| ５ 分娩室 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | 12 エックス線装置 | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| ６ 新生児入浴施設 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | 13 ＣＴスキャン | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| ７ 機能訓練室 | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | 14 ＭＲＩ | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （13）（続き） | 15 人工心肺装置  および補助循環装置 | 有　　・　　無 | | | 18 ＡＥＤを除く  除細動装置 | | 有　　・　　無 | |
| 16 人工呼吸器 | 有　　・　　無 | | | 19 閉鎖式保育器 | | 有　　・　　無 | |
| 17 血液浄化装置 | 有　　・　　無 | | |  | |  | |
| (14)業務委託 | １ 検体検査業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ２ 医療機器等の滅菌消毒業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ３ 患者給食業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ４ 患者搬送業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ５ 医療機器の保守点検業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ６ 医療ガス供給設備の保守点検業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ７ 寝具類の洗濯業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ８ 施設の清掃業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名〔　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| ９ 感染性廃棄物の処理業務 | | | 有（全部） ・ 有（一部） ・ 無  有の場合委託業者名  収集運搬業者 〔　　　　　　　　　　　　　　〕  処分業者　　 〔　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | |
| （15）病室の状況  （病室名と病床  　数を記入、  例えば  １０１号室  　４床  １０２号室  　　　２床等） | 病室名（病室番号） | | 病床数（床） | | | 病室名（病室番号） | | 病床数（床） |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |