第２３号様式（第２条関係）

地域医療支援病院名称承認申請書

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　開設者　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、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、医療法第４条第１項の規定により、地域医療支援病院と称することの承認について申請します。

１　名　　　称

２　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

３　病　床　数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般 | 療養 | 結核 | 精神 | 感染症 | 合計 |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |

４　施設の構造設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 床面積 | 設備概要 | |
| 集中治療室 | ㎡ | 病床数 | 床 |
| 人工呼吸装置 | 有・無 |
| その他の救急蘇生装置 | 有・無 |
| 心電計 | 有・無 |
| 心細動除去装置 | 有・無 |
| ペースメーカー | 有・無 |
| 化学、細菌及び病理検査施設 | ㎡ | （主な設備） | |
| 病理解剖室 | ㎡ | （主な設備） | |
| 研究室 | ㎡ | （主な設備） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講義室 | ㎡ | （主な設備） |
| 図書室 | ㎡ | （主な設備） |
| 救急用又は患者  輸送用自動車 | 救急用　　　　　台 | （主な設備） |
| 患者輸送用　　　台 | （主な設備） |
| 医薬品情報 管理室 | ［専用室の場合］　　　　床面積　　　　　　　　㎡  ［共用室の場合］　　　　　　　　　　　　室と共用 | |

（注）主な設備は、主たる医療機器、研究用機器及び教育用機器を記入すること。

５　医療法施行規則第９条の１９第１項に規定する委員会の構成員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職 | 氏名 | 所属 |
|  |  |  |

添付書類

１　他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供する体制の状況及び他の病院又は診療所へ紹介した患者の状況を証する書類

２　当該病院において、共同利用（病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させることをいう。）のための体制が整備されていることを証する書類

３　救急医療を提供する能力を有することを証する書類

４　地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することを証する書類

５　診療に関する諸記録の管理方法に関する書類

６　病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法に関する書類

７　診療に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

８　病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

９　医療法施行規則第９条の１９第１項に規定する委員会の委員の就任承諾書及び履歴書