

施設コード	
-------	--

都道府県名：

保険医療機関の名称：

1. 救急医療等の参加状況について

項目	要件	医療機関の届出状況※		都道府県の登録状況※※		都道府県の確認部署名
		参加・指定等状況有	無	参加・指定等状況有	無	
1. がん	①がん診療連携拠点病院の指定					
	(1) 都道府県がん診療連携拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 地域がん診療連携拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②特定領域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. へき地の医療	③小児がん拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①へき地医療拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(1) へき地への巡回診療	診療実績	回	/	/	
	(2) へき地診療所等への医師派遣	派遣実績	回			
	(3) へき地診療所等への代診医派遣	派遣実績	回			
	②社会医療法人認定における地域医療の要件					
(1) 業務の区分「へき地医療」の要件を満たすことにより社会医療法人の認定を受けている病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(2) (1)以外の社会医療法人の病院又は社会医療法人以外の病院であって、業務の区分「へき地医療」の当該業務の実績における基準に該当している病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. 災害時における医療	①災害拠点病院の指定又はBCPの策定					
	(1) 災害拠点病院の指定を受けている病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) (1)以外の病院であって、業務継続計画（BCP）の策定のある病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	②災害派遣医療チーム（DMAT）の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 周産期医療	③EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①総合周産期母子医療センターの指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 救急医療	②地域周産期母子医療センターの認定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①病院群輪審制病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②共同利用型病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 感染症	③救命救急センター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①新型コロナウイルス患者に係る必要な治療が継続的に行われるように診療体制が整備されている入院医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②令和5年9月6日時点で新型コロナウイルス感染症患者に係る確保病床として位置づけられた病床を有する医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③G-MIS（医療機関等情報支援システム）日次調査への参加					

2. 医療法上の許可病床数について

項目	医療機関の許可状況※					都道府県の確認部署名※※
	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	
病床数	床	床	床	床	床	床

※ 医療機関において、基準日における各要件への参加・指定等状況の有無のチェック及び医療法第7条の許可病床数を入力すること。
 都道府県において、医療機関の記入した値と異なる場合は都道府県が確認した正確な値を記入すること。

※※ 都道府県において、基準日における当該医療機関の各要件への参加・指定等状況の有無のチェック及び許可病床数について確認を行い、それぞれ確認を行った部署を記入すること。

標記について、上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関の名称

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先

フリガナ ()

保険医療機関の所在地

氏名 ()

所属部署 ()

開設者名

連絡先 (TEL) (- -)

連絡先 (FAX) (- -)