　第１号様式の１

**新 規**

**申 出 書**

**に関する**

**救急診療所 　 更 新**

（元号） 年 月 日

香川県知事 　　　　　 殿

申出者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 　名

（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 注）国又は国に準ずる団体が開設する医療機関につい

ては管理者名で申出を行っても差支えないこと。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医  療  機  関  の 概 要 | 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | 電 話 | （昼間） （ ） | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | （夜間） （ ） | | | | | | | |
| 開設者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | 開設者氏名 | | | |  | | | | |
| 管理者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | 管理者氏名 | | | |  | | | | |
| 診療科目 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係官公署 | | 保健所 | | | | | | | | | 消防署 | | | | | | | 警察署 | | | | | |
| 救 急 担 当 医 師 等 の 概 要 | 氏 名 | | | 年齢 | | | 診療科名 | | 救急医療に関する略歴（最終学歴以降）  **救急蘇生法、呼吸循環管理、意識障害の鑑別、緊急手術要否の判断、緊急検査ﾃﾞｰﾀの評価、救急医薬品の使用等、参加した研修会等の名称及び主催者名** | | | | | | | | | | | | | 常勤・  非常勤  の　別 | | 備 考 |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
|  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | 常・非 | |  |
| 機 器 設 備 | 医 療 機 器 名 | | | | | | | 設備の有･無 | | | 有 の 場 合 | | | | | | | | | | | | 備 考 | |
| 名 称 ・ 形 式 等 | | | | | | | 台数等 | | | | |
| エックス線装置 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| 心電計 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| 輸血及び輸液のための設備 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| 除細動器 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| 酸素吸入装置 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| 人工呼吸器 | | | | | | | 有・無 | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |
| **※ 上記機器がない場合は、その理由、機器を整備するまでの対応方法及び機器の整備予定時期等を記入のこと。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病  床  数 | 許可病床 | | | | | 合計 床(一般 床、療養 床、精神　 　床、結核 床） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救急専用病床 | | | | | 室 床 | | | | | | | | | ※救急専用又は優先病床は、医療法に基づく許可病床であること。  　また、専用病床数と優先病床は重複して計上しないこと。 | | | | | | | | | |
| 救急優先病床 | | | | | 室 　 床 | | | | | | | | |
| 傷病者搬入に関する所在地周辺の状況及び構造設備：**申出当時からの変更（ 有・無 ）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所  在  地  周  辺  の  状  況 | 付近道路の幅員 | | | | | | | | | 最大 ｍ  最小 ｍ | | | | | | | | | | | | | | |
| 救急車通行の難易 | | | | | | | | | ・通行に全く支障がない。  ・通行がやや困難である。  （理由 　　 ）  ・施設の ｍ前で通行不能  （理由 　 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 玄関又は傷病者搬入口に  救急車接着の可否 | | | | | | | | | ・接着可能  ・　　　ｍ前で通行不能  （理由 　 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| その他傷病者搬入口の有無 | | | | | | | | | 有 ・ 無  （有の場合：理由 　 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備  構造 | 傷病者搬入口の有無 | | | | | | | | | 傷病者搬入口が特設されている 　 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | |
| その他傷病者搬入に関する参考事項 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿日  直体  制等  の  状況 | 区　分 | 医 師 | | | | | | | | | | | 看 護 師 | | | | | | | | **注：人数は、平均的勤務人数を記入すること。うち、常勤医師数等を（ ）書きで再掲すること。** | | | |
| 平 時 | 人（ 人） | | | | | | | | | | | 人（ 人） | | | | | | | |
| 夜 間 | 人（ 人） | | | | | | | | | | | 人（ 人） | | | | | | | |
| 日曜・祝日 | 人（ 人） | | | | | | | | | | | 人（ 人） | | | | | | | |
| （その他参考となる事項） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名称 | | | | 所在地 | | | | | | | | 病床数 | 救急告示の有無 | | | | | | | 関係診療科目 | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | 有 ・ 無 | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | 有 ・ 無 | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | 有 ・ 無 | | | | | | |  | | | |
| **注：協力医療機関とは、当該救急病院又は診療所において対応可能な処置を施した後、転送の必要がある救急患者について当該救急病院又は救急診療所の紹介により積極的に受け入れ、診療してくれる医療機関を意味するが、あらかじめ当該医療機関の了承を得た上で記入すること。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**（添付書類）**

１．救急医療に従事する医師の履歴書

２．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物等から当該施設に至る図面とし、特に玄関又は搬入口に至る道路状況（交通規制・道路の幅員等）を記入すること。）

３．建物の平面図（救急医療に関する施設（診療室・救急専用病室等）を明示すること。）

**※ 2及び３については、更新の場合で、申出時と変更のないときには添付を省略できます。**