（第１号様式の１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救　急　病　院  　 に関する新規・更新申出書  救急診療所 　　　　　　令和　　年 月　　日  　神奈川県知事 殿  開設者住所　法人にあっては、主  　　　　　　たる事務所の所在地  開設者氏名 法人にあっては、名  　　　　　　　　　　　　 　　　称及び代表者氏名  　救急病院（救急診療所）として救急医療を行いたいので次のとおり申し出ます。 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 病院・診療所の概要 | 名　　　称 | |  | | | | | | 電  話 | 昼　間 | | |  | |
| 所　在　地 | | 〒 | | | | | | 夜　間 | | |  | |
|
|
| 診療科目 | |  | | | | | | 緊急用 | | |  | |
| 許可病床 | | 総数　　床（一般　　床、療養　　床、精神　　床、結核　　床、感染症　　床） | | | | | | | | | | | |
| 管  理  者 | 住　所 | 〒 | | | | | | 担当者氏名 | | | |  | |
| 氏　名 |  | | | | | | 救急車保有 | | | | 有（　　台）・無 | |
| 関係官公署 | | 保健所 | | | | | 消防署 | | | 警察署 | | | |
| 更新の場合  右欄を記入 | | | 前回認定年月日 | | | 令和　年　月　日 | | | | | | | | |
| 前回認定からの  変更事項の有無 | | | 無  有　変更申出書提出済　令和　年　月　日  有　変更申出書未提出（今回、変更申出書 第1号様式の2も提出） | | | | | | | | |
| 救  急  担  当  医  師 | 氏　　　　名 | | | 年齢 | 診療科名 | | 緊急診療に関する略歴  （最終学歴以降） | | | | | 常勤・非  常勤の別 | | 備　　考  (取得した専門医の名称等) |
|  | | |  |  | |  | | | | |  | |  |
| 救  急  診  療  体  制 | １　医　師　通常時　　人（　　人）、夜間　　人（　　人）、祝・休日　　人（　　人）  ２　看護師　通常時　　人（　　人）、夜間　　人（　　人）、祝・休日　　人（　　人）  （平均的人数を記入し、うち、常勤者数を（　）内に再掲すること）  　　（通常時とは平日の昼間をさす）  ３　救急応需診療科目  ４　その他参考となる事項 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　　設　　設　　備（＊印の設備は必須設備） | 区　　　　　　　　　 分 | | 名称及び型式 | | | 台　数 | | 備　　考 |  |
| ＊エックス線装置 | |  | | |  | |  |
| ＊心電計 | |  | | |  | |  |
| ＊輸血及び輸液のための設備 | |  | | |  | |  |
| 手術室（外科系のみ記入） | |  | | |  | |  |
| 除細動器 | |  | | |  | |  |
| 酸素吸入装置 | |  | | |  | |  |
| 人工呼吸器 | |  | | |  | |  |
| 麻酔器 | |  | | |  | |  |
| その他（　　　　　　　　） | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  |
| 構設  造備 | 造 階、延 ㎡、救急患者専用搬入口　有・無、エレベーター　有・無  玄関又は救急患者専用搬入口に救急車接着の可否　可・否（理由　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 救※１  急  病  床 | １　専用病床 床 床室　　室、 床室　　室、 床室　　室  階 床、 階 床、 階 床  ２　優先的に使用 床 床室 室、 床室 室、 床室 室  される病床 階 床、 階 床、 階 床 | | | | | | | |
| 周状  辺況  の | １　付近の道路の幅員　　　最大　　　　　ｍ、最小　　　　　ｍ  ２　救急車通行の難易　　　①支障なし 　 ②やや困難（理由　　　　　　　　　　　　）  ③施設の 　　 ｍ前で通行不能 | | | | | | | |
| 協  力  医  療  機  関 | 病院名 | 所在地 | | 病床数 | 救急告示の有無 | | 診療科名 | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
| 添付書類※２  １　直近３カ月分の診療時間外における医師及び看護師の救急診療体制表（別紙様式１）  ２　病院（診療所）の所在地を示す案内図〔付近の主要道路、交通機関又は著名な建物等から当  　該施設に至る図面とし、特に玄関又は救急患者専用搬入口に至る道路状況（交通規制、道路の  幅員等）を記入したもの〕  ３　建物の平面図（救急処置室、専用病床等緊急診療に使用する室を明示したもの）  ４　新規申出の際には直近３カ月、更新の申出の際には、過去３年間の診療時間外における救急  患者取扱状況表（別紙様式２）  ※１救急病床は許可病床であること  ※２更新申出時に是正する場合は変更申出書も提出（第１号様式の２）  ※２図面等の資料は、必要に応じて別途追加で依頼することがある | | | | | | | | |