

平成29年度

医療機能情報報告票 助産所票

※整理番号	99000040
-------	----------

※保健所番号	099
--------	-----

※市区町村番号	14000
---------	-------

注) ※印の箇所は記入しないでください。

報告日	平成		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

1. 管理・運営・サービス等に関する事項

1.1 基本情報																				
1.1.1 助産所の名称	フリガナ																			
	名称																			
	ローマ字表記																			
1.1.2 助産所の開設者																				
1.1.2.1 法人・個人の別	○ 法人 ○ 個人																			
1.1.2.2 開設者名 (法人は法人名称) (個人は氏名)	フリガナ																			
	名称																			
1.1.2.3 代表者名 (法人のみ記載)	フリガナ																			
	氏名																			
1.1.3 助産所の管理者	フリガナ																			
	氏名																			
1.1.4 助産所の所在地	郵便番号					-														
	フリガナ																			
	所在地 1																			
	所在地 2																			
	英語表記																			
1.1.5 案内用電話番号及びファクシミリ番号																				
代表	-	-																夜間	-	-
受付1	-	-																休日	-	-
受付2	-	-																FAX	-	-
受付3	-	-																		

1.1.6 就業日

通常の就業日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 祝日
特別な時期の休業日								

1.1.7 就業時間

※時間帯は24時間表記

曜日	時間帯 1		時間帯 2		時間帯 3	
	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間
01 月	:	:	:	:	:	:
02 火	:	:	:	:	:	:
03 水	:	:	:	:	:	:
04 木	:	:	:	:	:	:
05 金	:	:	:	:	:	:
06 土	:	:	:	:	:	:
07 日	:	:	:	:	:	:
08 祝日	:	:	:	:	:	:

1.1.8 外来受付時間

※時間帯は24時間表記

曜日	時間帯 1		時間帯 2		時間帯 3	
	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間
01 月	:	:	:	:	:	:
02 火	:	:	:	:	:	:
03 水	:	:	:	:	:	:
04 木	:	:	:	:	:	:
05 金	:	:	:	:	:	:
06 土	:	:	:	:	:	:
07 日	:	:	:	:	:	:
08 祝日	:	:	:	:	:	:

1.2 助産所へのアクセス

1.2.1 助産所までの主な利用交通手段

1	線	駅	○ 徒歩 ○ バス ○ 車	分	バスの場合	停留所下車 徒歩	分
2	線	駅	○ 徒歩 ○ バス ○ 車	分	バスの場合	停留所下車 徒歩	分
3	線	駅	○ 徒歩 ○ バス ○ 車	分	バスの場合	停留所下車 徒歩	分
4	線	駅	○ 徒歩 ○ バス ○ 車	分	バスの場合	停留所下車 徒歩	分

1.2.2 助産所の駐車場

- 01 駐車場あり
 02 駐車場なし

有料駐車場

台

無料駐車場

台

1.2.3 案内用ホームページアドレス

※記載のホームページアドレスへリンクします。

- 01 あり
 02 なし

アドレス

http://

1.2.4 案内用電子メールアドレス

※患者・住民の相談用アドレスがある場合に記載してください。

- 01 あり
 02 なし

アドレス

@

1.2.5 面会の日及び時間帯

※時間帯は24時間表記

曜日	時間帯 1		時間帯 2		時間帯 3	
	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間	開始時間	終了時間
<input type="checkbox"/> 月	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 火	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 水	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 木	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 金	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 土	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 日	:	:	:	:	:	:
<input type="checkbox"/> 祝日	:	:	:	:	:	:

1.2.6 予約の有無

- 01 予約あり
 02 予約なし

1.2.7 助産所の業務形態

- 01 助産所内における業務の実施
 02 専ら出張による業務の実施

1.2.8 時間外における対応の有無

- 01 対応あり
 02 対応なし

1.3 助産所内サービス等

1.3.1 対応することができる外国語の種類

※診療できる場合にチェックしてください。

- 01 英語
 02 中国語
 03 韓国・朝鮮語
 04 スペイン語
 05 ポルトガル語
 06 タガログ語
 07 タイ語
 08 ベトナム語
 09 ラオス語
 10 カンボジア語
 11 その他 語

1.3.2 障害者に対するサービス内容

- 01 手話による対応
 02 施設内の情報の表示
 03 音声による情報の伝達
 04 施設内点字ブロックの設置
 05 点字による表示

1.3.3 車椅子利用者に対するサービス内容

- 01 施設のバリアフリー化を実施している
 02 施設のバリアフリー化を実施していない

1.3.4 受動喫煙を防止するための措置

※平成22年4月1日から受動喫煙防止条例が施行されました。

※患者が利用できる区画の主たる措置を記載してください。

- 01 敷地内を全面禁煙としている
 02 施設内を全面禁煙としている
 03 施設内に喫煙所を設置している
 04 その他の措置を講じている
 05 防止対策を講じていない

1.4 費用負担

1.4.1 クレジットカードによる料金の支払いの可否

- 01 支払いができる
 02 支払いができない

カード の種類 及び 特記事項	

2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項

2.1 診療内容、提供保健・医療・介護サービス

2.1.1 家族付き添い室の有無

- 01 あり
 02 なし

2.1.2 妊産婦等に対する相談又は指導

- 01 周産期相談
 02 母乳育児相談
 03 栄養相談
 04 家族計画指導(受胎調節実地指導を含む)
 05 女性の健康相談
 06 訪問相談又は訪問指導

3. 医療の実績、結果に関する事項

3.1 助産所の人員配置 (人数は小数第一位)		医療従事者	
04 看護師数		人	
05 准看護師数		人	
06 助産師数		人	
3.2 前年度(4月1日から3月31日まで)の分娩取扱数			
分	娩	件	数
		件	
3.3 妊産婦等の満足度調査			
3.3.1 妊産婦満足度の調査の実施の有無			
<input type="radio"/> 01 実施あり <input type="radio"/> 02 実施なし			
3.3.2 妊産婦満足度の調査結果の提供の有無			
<input type="radio"/> 01 提供あり <input type="radio"/> 02 提供なし			
3.4 (財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度加入の有無			
※分娩を取扱う医療機関が加入する制度です。(分娩を取り扱っていない場合は「03 分娩を取り扱っていない」にチェック)			
<input type="radio"/> 01 補償制度に加入している <input type="radio"/> 02 補償制度に加入していない <input type="radio"/> 03 分娩を取扱っていない			