様式第2号（表面）

病院(診療所)施設等概要書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 電話 | （　　　　　　）　　　　　　　 |
| 所在地 | 〒 |
| 開設責任者 | 役職氏名 |  | 院長氏名 |  |
| 住所 |  | 事務長氏名 |  |
| 経営主体 |  １　国　立 ２　公　立 ３　社会保険団体 ４　公益法人 ５　医療法人 ６　事業場附属 ７　その他の法人 ８　個　人 |
| 従事者の状況 | 科目 | 医　　　　　師　　　　　数 | そ　　　　　の　　　　　他 |
| 員数 | 責任医師名及び医療経験年数 |
| 科 | 名 |  | 年 | 正看護師 | 名 | 歯科衛生士 | 名 |
| 准看護師 | 名 | 歯科技工士 | 名 |
| 科 | 名 |  | 年 | 看護補助者 | 名 | 言語療法士 | 名 |
| 助産師 | 名 | 義肢装具士 | 名 |
| 科 | 名 |  | 年 | 放射線技師 | 名 | その他 | 名 |
| マッサージ師 | 名 |  |  |
| 科 | 名 |  | 年 | はり・きゅう師 | 名 |  |  |
| 理学療法士 | 名 |  |  |
| 科 | 名 |  | 年 | 作業療法士 | 名 |  |  |
| 視能訓練士 | 名 |  |  |
| 科 | 名 |  | 年 | ケースワーカー | 名 |  |  |
| 薬剤師 | 名 |  |  |
| 科 | 名 |  | 年 | 管理栄養士 | 名 |  |  |
| 栄養士 | 名 |  |  |
| その他 | 名 | 計 | 名 | 臨床検査技師 | 名 | 事務員 | 名 |
| 臨床工学技士 | 名 | 計 | 名 |
| 施設の状況 | 建物 | 建物面積 | ㎡ | 棟数 | 棟 | 型式 | 1階建　　2階建3階建　　4階建以上 | 耐火構造 | 無有　（全部　一部） |
| 病室床 | 個室 | ２人室 | ３人室 | ４人室 | ５人室 | ６人室 | 暖房 | 冷房 |
| 室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 無有　（全部　一部） | 無有　（全部　一部） |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 施設の有無・構造の概要 | 施設名 | 有無 | 室数 | 構造設備の概要 |
| 診察室 |  |  |  |
| 処置室 |  |  |  |
| 手術室 |  |  |  |
| 臨床検査施設 |  |  |  |
| エックス線装置 |  |  |  |
| 調剤所 |  |  |  |
| 給食施設 |  |  |  |
| 届出事項の状況 | 区　　　　　分 | 届出(承認)番号 | 届出(承認)年月日 | 備　　　　　　　　考 |
| 看護形態 |  |  | 種別 |
| 重症者特別療養環境 |  |  | 病室番号 |
| 理学療法・作業療法 |  |  | 種別 |
| その他 |  |  |  |
| 社会保険等の指定状況 |  健康保険 共済組合 船員保険 日雇保険 生活保護 結核予防 |
| 嘱託事業場の状況 | 名称 |  | 所在地 |  |
| 名称 |  | 所在地 |  |
| 過去３か月の患者数 | 労災保険 | 実人員　　　　　　　　　　名 | 健康保険等 | 実人員　　　　　　　　　　名 |
| 診療状況 | 診療時間 | ～ | 休診日 |  | 救急体制 |  |
| 出入看護士会名 |  |

※従事者の状況の員数欄には、非常勤については、内数として括弧書きすること。