

統計法第24条により
平成 年 月 日
総務省に届出済
平成 年度宮城県統計第 号

宮城県患者調査票【入院】

(病院・一般診療所)

平成28年6月20日～30日(一日を選択)

施設番号	
患者番号	

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年 月 日																																									
(3)患者の住所	1 病院・診療所と同じ市区町村内 3 外国人旅行者	2 病院・診療所とは別の市区町村 4 不定または不詳	都道府県	市区町村	※市区町村コード																																								
(4)入院年月日	1 平成 2 昭和	年 月 日																																											
(5)受療の状況	<p>1 傷病の診断・治療</p> <p>(1) 主傷病名</p> <table border="1"> <tr> <td>※右欄には記入しないでください。</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="4"></td> <td>外傷の原因</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>(2) 副傷病名(調査日に主傷病以外の傷病で治療・検査を行った場合、その主な傷病名)</p> <table border="1"> <tr> <td>※右欄には記入しないでください。</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="4"></td> <td>外傷の原因</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査, 健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む) (1), (2)に記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は, 下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。 【不慮の事故】 【故意又は不明】 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙, 火, 火災 ⑨ 有害物質(農薬・ガス等) ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</p>					※右欄には記入しないでください。										傷病名					外傷の原因					※右欄には記入しないでください。										傷病名					外傷の原因				
※右欄には記入しないでください。																																													
傷病名					外傷の原因																																								
※右欄には記入しないでください。																																													
傷病名					外傷の原因																																								
(6)診療科目	主担当医の診療科目(直近)を記載してください。 <table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>																																												
(7)入院前の住まい	1 自宅 2 自院の7対1, 10対1病床 3 自院の地域包括ケア・回りハ病床 4 自院の療養病床 5 他院の7対1, 10対1病床	6 他院の地域包括ケア・回りハ病床 7 他院の療養病床 8 介護療養型医療施設 9 介護老人保健施設 10 介護老人福祉施設(特養)	11 認知症対応型共同生活介護 12 その他の居住系介護施設 13 サービス付き高齢者向け住宅 14 障害者支援施設 15 その他()																																										
(8)救急の状況	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外 救急(複数回答可)																																												
(9)病床の種別	病院	1 一般病床 2 療養病床(医療保険適用病床) 3 療養病床(介護保険適用病床) 4 感染症病床	5 結核病床 6 老人性認知症疾患治療病棟(医療保険適用病床) 7 老人性認知症疾患療養病棟(介護保険適用病床) 8 6・7以外の精神病床	一般診療所	9 療養病床(医療保険適用病床) 10 療養病床(介護保険適用病床) 11 療養病床以外の病床																																								
(10)入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療, 手術を要する 2 生命の危険がある 3 受け入れ条件が整えば退院可能 4 検査入院 5 その他																																												
(11)入院継続の理由等	1 医学的な理由のため入院医療が必要である 2 医学的な理由のため, どちらかという入院の方が望ましい 3 医学的には外来・在宅でもよいが, 他の要因のために退院予定がない 4 退院予定が決まっている 【3を選択した場合】 ← 次の(11-01), (11-02)の設問にもお答えください。 (11-01) 退院後に必要な支援(最も当てはまる番号1つに○) (11-02) 退院できない理由(該当する選択肢の右欄に○, 最も該当するもの1つに◎)																																												
(12)日常生活の自立度について	(12-01) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (記入要領を参考に, 1～9のうち該当する番号を○で囲んでください。)	1 自立 5 A2 9 C2	2 J1 6 B1	3 J2 7 B2	4 A1 8 C1																																								
(9)の回答が, 2, 3, 6, 7, 9, 10の患者のみ記入してください。	(12-02) 認知症高齢者の日常生活自立度 (記入要領を参考に, 1～9のうち該当する番号を○で囲んでください。)	1 自立 5 III a	2 I 6 III b	3 II a 7 IV	4 II b 8 M																																								

※欄には記入しないでください。

統計法第24条により
平成 年 月 日
総務省に届出済
平成 年度宮城県統計第 号

宮城県患者調査票【退院】

(病院・一般診療所)

平成28年6月1日～30日(この期間に退院(退棟)した患者全てが対象)

施設番号	
患者番号	

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
(3)患者の住所	1 病院・診療所と同じ市区町村内 2 病院・診療所とは別の市区町村 3 外国人旅行者 4 不定又は不詳	都道府県 市区町村	※市区町村コード
(4)入院・退院	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日 退院年月日 平成 28年 6月 日		
(5)受療の状況	1 傷病の診断・治療 (1) 主傷病名 (2) 副傷病名(調査日に主傷病以外の傷病で治療・検査を行った場合、その主な傷病名) 2 正常分娩(単胎自然分娩) 3 正常妊娠・産じょくの管理 4 健康者に対する検査, 健康診断(査)・管理 5 その他の保健サービス	傷病名 外傷の原因	外傷の原因(中毒を含む) (1), (2)に記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は, 下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。 【不慮の事故】 【故意又は不明】 ① 自動車交通事故 ⑪ 自傷 ② 自転車交通事故 ⑫ 他傷 ③ その他の交通事故 ⑬ 不明 ④ スポーツ中の事故 ⑤ 転倒・転落 ⑥ 溺水 ⑦ 窒息 ⑧ 煙, 火, 火災 ⑨ 有害物質(農薬・ガス等) ⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故
(6)診療科目	主担当医の診療科目(直近)を記載してください。		
(7)入院前の住まい	1 自宅 2 自院の7対1, 10対1病床 3 自院の地域包括ケア・回りハ病床 4 自院の療養病床 5 他院の7対1, 10対1病床	6 他院の地域包括ケア・回りハ病床 7 他院の療養病床 8 介護療養型医療施設 9 介護老人保健施設 10 介護老人福祉施設(特養)	11 認知症対応型共同生活介護 12 その他の居住系介護施設 13 サービス付き高齢者向け住宅 14 障害者支援施設 15 その他()
(8)救急の状況(入院時)	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外 救急(複数回答可)		
(9)病床の種別	病院 一般診療所	1 一般病床 2 療養病床(医療保険適用病床) 3 療養病床(介護保険適用病床) 4 感染症病床 5 結核病床 6 老人性認知症疾患治療病棟(医療保険適用病床) 7 老人性認知症疾患療養病棟(介護保険適用病床) 8 6・7以外の精神病床 9 療養病床(医療保険適用病床) 10 療養病床(介護保険適用病床) 11 療養病床以外の病床	
(10)退院後の行き先	1 自宅 2 自院の7対1, 10対1病床 3 自院の地域包括ケア・回りハ病床 4 自院の療養病床 5 他院の7対1, 10対1病床 6 他院の地域包括ケア・回りハ病床	7 他院の療養病床 8 介護療養型医療施設 9 介護老人保健施設 10 介護老人福祉施設(特養) 11 認知症対応型共同生活介護 12 その他の居住系介護施設	13 サービス付き高齢者向け住宅 14 障害者支援施設 15 死亡 16 その他()
(11)退院後に利用を予定している医療・介護サービス	1 医療機関の外来診療 2 医療機関の訪問診療 3 訪問看護 4 居宅療養管理指導 5 訪問リハビリテーション 6 通所リハビリテーション	7 訪問介護 8 夜間対応型訪問介護 9 訪問入浴介護 10 通所介護 11 短期入所生活介護 12 認知症対応型通所介護	13 短期入所療養介護 14 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 15 小規模多機能型居宅介護 16 看護小規模多機能型居宅介護 17 福祉用具貸与・販売 18 その他()

※欄には記入しないでください。

宮城県医療機能調査票（病院）

平成28年7月1日現在

※市区町村コード

上欄には記入しないでください。

1 調査票記入者名

(1) 部署	
(2) 職名	
(3) 氏名	
(4) 連絡先 TEL	
(5) 連絡先 FAX	
(6) メールアドレス	

2 基礎項目

(1) 施設番号		「調査票の記入方法・返送方法等について」に記載の施設番号を記入してください。
(2) 施設名		
(3) 施設の住所	〒	
(4) 電話番号（代表） FAX番号（代表）	（電話番号 昼間） （電話番号 夜間） （FAX番号）	（ ） （ ） （ ） — — —
(5) 休止・休診の状況 <small>（該当する番号一つを○で囲んでください。）</small>	1 休止中 2 1年以上休診中 3 1年未満休診中 <small>※「休止」とは、医療法上の休止届を既に出してある状態。 ※「休診」とは、H28.7.1現在、休診の状態（年末年始の休診を除く）。 ※「1」又は「2」の施設は、「2 基礎項目」の「(1)施設名」～「(4)電話番号FAX番号」を記入し、それ以外は記入する必要はありません。「3」の施設は、すべての項目に可能な限り記入してください。</small>	
(6) 併設施設の状況 <small>（該当するすべての番号を○で囲んでください。）</small> <small>※併設とは、同一法人（法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含みます。）が同一敷地内又は隣接の敷地内で「1」～「13」の施設を運営する場合があります。「法人が異なっても実質的に同一経営」とは、例えば医療法人の病院と社会福祉法人の介護老人福祉施設を運営している者が同じ場合等をいいます。</small>	1 介護老人保健施設 2 指定介護老人福祉施設 3 訪問看護ステーション 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム） 7 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） 8 居宅介護支援事業所 9 地域包括支援センター 10 健診センター 11 医療関係者の養成施設 12 健康増進施設 13 サービス付き高齢者向け住宅 14 上記施設の該当なし	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(7) 平均在院日数 <small>(病床の種類毎の年間 (H27.7.1～28.6.30) 在院患者延数、年間新入院患者数、平均在院日数等について記入してください。なお、療養病床については、年間同一医療機関内の他の病床から移された患者及び他の病床へ移された患者数も記入してください。)</small>	【平均在院日数の算出方法】					
	年間在院患者延数	年間新入院患者数	年間退院患者数	年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数	年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数	平均在院日数 <small>(小数点第2位を四捨五入)</small>
精神病床	人	人	人			. 日
感染症病床	人	人	人			. 日
結核病床	人	人	人			. 日
療養病床 (医療保険適用)	人	人	人	人	人	. 日
療養病床 (介護保険適用)	人	人	人	人	人	. 日
一般病床	人	人	人			. 日
全病床合計	人	人	人			. 日

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(8) 従事者数</p> <p>(H28.7.1の24時現在に在籍する下記の職種・有資格者すべてにかかる従事者の状況について、数字を記入してください(派遣労働者を含む)。複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、主な業務を1つ決め、該当する欄に計上してください。また、H28.4月に常勤職の採用があった場合、職種ごとに募集人数及び採用内定人数を記入してください。)</p>	<p>非常勤の常勤換算について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 非常勤(常勤換算)欄には、常勤以外の従事者について施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は32時間に切り上げ)により換算して記入してください。 2 勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所要の調整(例えば、月1回(4週に1回)のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗じるなど)をしてください。 3 当直にあたる者について換算する場合の分母は、施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は、32時間に切り上げ)の2倍としてください。換算後の数値は、小数点以下第2位を四捨五入し、表示は小数点以下第1位までとしますが、1人について1を超える場合は「1.0人」としてください。 <p><計算例></p> <p>例1 1週間の通常の勤務時間が30時間(32時間へ切り上げ)の診療所で、週3日・8時間勤務の者が1人の場合</p> $\frac{8\text{時間} \times 3\text{日}}{32\text{時間}} = 0.75\text{人} \approx 0.8\text{人 (小数点第2位を四捨五入)}$ <p>例2 1週間の通常の勤務時間が40時間の診療所で、週2日・5時間勤務の者が1人と週3日・3時間勤務の者が3人いる場合</p> $\frac{(2\text{日} \times 5\text{時間} \times 1\text{人}) + (3\text{日} \times 3\text{時間} \times 3\text{人})}{40\text{時間}} = 0.975\text{人} \approx 0.9\text{人 (小数点第2位を四捨五入)}$ <p>例3 計算の結果が、0.1人に満たない場合は、0.1人として換算。</p>
--	--

職種・有資格者	常勤	非常勤 (常勤換算して記入)	H28.4月 常勤採用 募集人数	うち採用 内定人数
1 医師	人	人	人	人
2 歯科医師	人	人	人	人
3 薬剤師	人	人	人	人
4 保健師	人	人	人	人
5 助産師	人	人	人	人
6 看護師	人	人	人	人
7 准看護師	人	人	人	人
8 理学療法士	人	人	人	人
9 作業療法士	人	人	人	人
10 言語聴覚士	人	人	人	人
11 視能訓練士	人	人	人	人
12 歯科衛生士	人	人	人	人
13 歯科技工士	人	人	人	人
14 社会福祉士	人	人	人	人
15 精神保健福祉士	人	人	人	人
16 診療放射線技師・診療エックス線技師	人	人	人	人
17 臨床検査技師・衛生検査技師	人	人	人	人
18 臨床工学技士	人	人	人	人
19 管理栄養士	人	人	人	人
20 栄養士	人	人	人	人
21 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師	人	人	人	人
22 臨床心理士	人	人	人	人
23 健康運動指導士	人	人	人	人
24 健康運動実践指導者	人	人	人	人
25 医療ソーシャルワーカー等	人	人	人	人
26 事務職員	人	人	人	人
27 その他の職員	人	人	人	人

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(9) 診療科目

(広告・標榜する診療科目について、該当するすべての番号を○で囲んでください。該当するものがない場合でも、近いものがあれば○で囲んでください。(例：呼吸器科→呼吸器外科か呼吸器内科に○))

なお、麻酔科については医療法第6の6条第1項による標榜の許可を受けた者のいる施設に限ります。)

下欄について、「1 6月中の外来患者延数」、「2 6/30の在院患者数」、「3 常勤医師・歯科医師数」、「4 非常勤医師・歯科医師数」を記入してください。

「1 6月中の外来患者延数」

診療科目ごとに外来患者延数を記入してください。(救急患者及び健康診断を行った者も含まれます。)

- ①初診・再診・往診・巡回診察・健康診断等を行い、診療録を作成した者の延数を記入してください。
- ②同一患者を2つ以上の診療科で診察し、それぞれの診療科で診療録が作成された場合は、それぞれに計上してください。(電子カルテを複数の診療科で共有している場合も、それぞれに計上してください。)
- ③入院中の患者が、他の診療科で診察を受けた場合は、その診療科で診療録が作成された場合にのみ、その診療科の外来患者として計上してください。
- ④外来患者が診察を受けそのまま入院した場合は、外来患者、在院患者それぞれに計上してください。
- ⑤例えば、広告する科目が皮膚泌尿器科の場合には、皮膚科又は泌尿器科に整理して記入してください。

「2 6/30の在院患者数」

H28.6.30の24時現在に在院している患者数を診療科目毎に記入してください。なお、在院患者が外泊した場合も在院患者数に計上してください。

「3 常勤医師・歯科医師数」及び「4 非常勤医師・歯科医師数」

- ①H28.7.1の24時現在に在籍する医師・歯科医師を計上してください。
- ②「常勤医師・歯科医師数」の合計と、「(9)従業者数」の「1 医師数」及び「2 歯科医師」の合計とが一致するようにしてください。
- ③当該医師・歯科医師の主たる診療科目に計上してください。
- ④非常勤医師等の数は、「(9)従業者数」に示した方法で常勤換算してください。(小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記)

	1 6月分の 外来患者延数	2 6/30の 在院患者数	3 常勤医師・ 歯科医師数	4 非常勤医師・ 歯科医師数 (常勤換算して 記入)
01 内科	人	人	人	人
02 呼吸器内科	人	人	人	人
03 消化器内科 (胃腸科)	人	人	人	人
04 循環器内科	人	人	人	人
05 小児科	人	人	人	人
06 精神科	人	人	人	人
07 神経科	人	人	人	人
08 神経内科	人	人	人	人
09 心療内科	人	人	人	人
10 アレルギー科	人	人	人	人
11 リウマチ科	人	人	人	人
12 外科	人	人	人	人
13 整形外科	人	人	人	人
14 形成外科	人	人	人	人
15 美容外科	人	人	人	人
16 脳神経外科	人	人	人	人
17 呼吸器外科	人	人	人	人
18 消化器外科	人	人	人	人
19 循環器外科	人	人	人	人
20 心臓血管外科	人	人	人	人

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

	1 6月分の 外来患者延数	2 6/30の 在院患者数	3 常勤医師・ 歯科医師数	4 非常勤医師・歯 科医師数
21 小児外科	人	人	人	人
22 産婦人科	人	人	人	人
23 産科	人	人	人	人
24 婦人科	人	人	人	人
25 眼科	人	人	人	人
26 耳鼻いんこう科	人	人	人	人
27 気管食道科	人	人	人	人
28 皮膚科	人	人	人	人
29 泌尿器科	人	人	人	人
30 性病科	人	人	人	人
31 こう門科	人	人	人	人
32 リハビリテーション科	人	人	人	人
33 放射線科	人	人	人	人
34 麻酔科	人	人	人	人
35 歯科	人	人	人	人
36 矯正歯科	人	人	人	人
37 小児歯科	人	人	人	人
38 歯科口腔外科	人	人	人	人
その他 ()	人	人	人	人
6月分の外来患者の延べ数と内訳	人	6月分の外来患者の延べ数		
	人	合計のうち初診の患者の数(初診で診療録を作成した患者数)		
	人	合計のうち診療時間外に受診した患者の延数		
	人	診療時間外受診者のうち緊急入院した受診患者の延べ数		
	人	診療時間外受診者のうち3歳児未満の受診患者の延べ数		
(10) 各種委員会の設置状況 (施設で設置している委員会に該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 倫理に関する委員会 2 院内感染対策に関する委員会 3 医療安全体制に関する委員会 4 医療ガス安全・管理に関する委員会 5 薬剤に関する委員会 6 医薬品治験に関する審査委員会		7 医療機器治験に関する審査委員会 8 廃棄物管理に関する委員会 9 災害対策に関する委員会 10 児童虐待防止の取組又は委員会の設置 11 栄養サポートチーム (NST) 12 上記委員会の設置該当なし	
(11) 医療安全体制 (体制整備の有無について該当する番号を○で囲んでください。) ※「患者のための相談窓口」とは、病院内に患者相談窓口を常設し、患者等からの苦情、相談に応じられる体制が確保されていることをいいます。	安全管理のための指針		1 有	2 無
	安全管理委員会		1 有	2 無
	安全管理の責任者		1 有	2 無
	事故報告等の安全確保の改善方策等の院内報告制度		1 有	2 無
	安全管理のための職員研修		1 有	2 無
	安全管理部門		1 有	2 無
	患者のための相談窓口 (※)		1 有	2 無

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(12) 麻酔及び手術等の状況</p> <p>(各手術について、6月分の実施件数を記入してください。)</p> <p>1人の患者に6月分に手術と再手術を行った場合は、その合計実施件数を記入してください(院外医師が行った場合も含まれます。ただし、手術のみを他施設に委託した場合は含みません。)</p> <p>全身麻酔により手術を行った場合は、全身麻酔(静脈麻酔は除く)と該当する手術のそれぞれに実施件数を計上してください。</p> <p>また、該当項目の装置の台数をH28.7.1の24時現在で記入してください(レンタルやリースのものも含まれます。)</p> <p>*治療の対象となる疾患に対して所期の目標を達成するまで行う一連の治療を1件としてください。</p>	1 全身麻酔(静脈麻酔は除く)	件
	2 開頭手術	件
	3 人工心肺を用いた手術	件
	4 悪性腫瘍手術(内視鏡・胸腔鏡・腹腔鏡手術は除く)	件
	5 うち胃・大腸悪性腫瘍手術	件
	6 うち肺悪性腫瘍手術	件
	7 うち乳房悪性腫瘍手術	件
	8 うち子宮悪性腫瘍手術	件
	9 うち肝臓・胆嚢・膵臓悪性腫瘍手術	件
	10 人工関節置換術	件
	11 ペースメーカー手術	件
	12 腹腔鏡下手術	件
	13 胸腔鏡下手術	件
	14 内視鏡下消化管手術	件
	15 経皮的冠動脈形成術	件
	16 経皮的動脈塞栓術	件
	17 網膜光凝固術*	件
	18 体外衝撃波結石破砕術*	件
	(体外衝撃波結石破砕装置の台数)	台
	19 I A B P	件
	(I A B P 駆動装置の台数)	台
	20 ハイパーサーミア*	件
	21 放射線治療(体外照射法)*	件
	(放射線治療装置の台数)	台
	22 うちガンマナイフ・IMRT	件
	23 放射線治療(密封小線源治療)*	件
24 人工透析	件	
(人工透析装置の台数)	台	
25 分娩(正常分娩を含む)	件	
26 うち帝王切開娩出術	件	
(13) 特殊診療設備	病床数又は専用共用の別	
<p>(厚生労働省の定める施設基準又は要件を満たすもので、H28.7.1の24時現在の状態を記入してください。)</p>	1 放射線治療室	床
	2 無菌病室(手術室は除く)	床
	3 集中強化治療室	床
	4 心疾患強化治療室	床
	5 新生児特定集中治療室	床
	6 母体・胎児集中治療室	床
	7 広範囲熱傷特定集中治療室	床
	8 理学療法室	1 専用 2 共用 3 無
	9 作業療法室	1 専用 2 共用 3 無
	10 精神科作業療法室	1 専用 2 共用 3 無
	11 精神科デイケア室又は精神科ナイトケア室	1 専用 2 共用 3 無
	12 重度認知症患者デイ・ケア室	1 専用 2 共用 3 無

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(14) 検査等の実施状況 (6月分の各検査等の実施状況について、記入してください。実施有の場合は、6月分の実施件数を記入してください。)			6月分の 実施状況	6月分の 実施件数
	1 上部消化管内視鏡検査	1 有 2 無		件
	2 気管支内視鏡検査	1 有 2 無		件
	3 大腸内視鏡検査	1 有 2 無		件
	4 血管連続撮影	1 有 2 無		件
	5 C T検査	1 有 2 無		件
	6 MR I 検査	1 有 2 無		件
	7 R I 検査	1 有 2 無		件
	8 P E T (陽電子断層撮影) 検査	1 有 2 無		件
	9 乳房X線検査 (マンモグラフィ)	1 有 2 無		件
10 超音波検査	1 有 2 無		件	
(15) 歯科設備 (前記「(9)診療科目」の「35 歯科」, 「36 矯正歯科」, 「37 小児歯科」, 「38 歯科口腔外科」のいずれかを○で囲んだ場合のみ記入してください。)	1 歯科診療台 (台) (※) ※H28.7.1の24時現在の保有設備について、該当する番号を○で囲み、「1 歯科診療台」を○で囲んだ場合は台数を記入してください。			
	2 パノラマX線装置	4 下顎運動解析診断装置	6 高周波電気メス	
(16) 外来患者への処方数 (6月分の通常の診療時間内に処方した院内処方数及び院外処方せん交付数を記入してください。)	6月分の延回数	院内処方数		回
		院外処方せん交付数		回
(17) ジェネリック医薬品 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	使用について	1 有	2 無	3 検討中
	院外処方せん	1 発行している	2 発行していない	3 検討中
(18) 保健事業等の実施 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 人間ドック			
	2 保険者・企業等の委託等による健診・検診			
	3 保険者・企業等の委託等による集団的な保健指導			
	4 いずれも実施していない			
(19) 職員のための院内保育サービスの実施状況 (該当する番号をすべて○で囲んでください。)	1 院内で提供			
	2 院外で提供		3 提供していない	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

3 がん(※)対策について

※「がん」とは、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

(1)実施しているがんの部位別治療方法 (部位別治療方法すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。)	治療方法	実施状況		
		当院の設備・常勤スタッフで実施	外部より非常勤医師等の応援を求めて実施(麻酔医の派遣含む)	実施していない
部位別がん				
1 脳腫瘍	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
2 咽頭がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
3 舌がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
4 喉頭がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
5 甲状腺がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
6 乳がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
7 肺がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	胸腔・気管支鏡治療	1	2	3
8 食道がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	内視鏡治療	1	2	3
9 胃がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	内視鏡治療(腹腔鏡含む)	1	2	3
10 胆のうがん・胆管がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

部位別がん	治療方法	実施状況		
		当院の設備・常勤スタッフで実施	外部より非常勤医師等の応援を求めて実施（麻酔医の派遣含む）	実施していない
11 肝がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	経皮的局所療法	1	2	3
	動脈化学塞栓療法	1	2	3
12 膵臓がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
13 大腸がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	内視鏡治療（腹腔鏡含む）	1	2	3
14 腎がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
15 膀胱がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	内視鏡治療（経尿道的膀胱腫瘍切除術）	1	2	3
16 前立腺がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	腹腔鏡治療	1	2	3
17 子宮がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
18 卵巣がん	手術療法	1	2	3
	化学療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
19 悪性リンパ腫	手術療法	1	2	3
	放射線療法	1	2	3
	骨髄移植等の移植治療	1	2	3
20 白血病	化学療法	1	2	3
	骨髄移植等の移植治療	1	2	3
(2) 院内がん登録の実施 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 有 2 無 3 実施予定（ 年 月） 4 検討中			

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

4 脳卒中（※）対策について

※「脳卒中患者」とは、本調査では、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかを発症した患者を指します。

(1) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態）			
	2 回復期（脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態。発症後 60 日以内を目安に 180 日まで）			
	3 維持期（脳卒中急性期、回復期を経た患者で、維持の向上が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり）			
	4 脳卒中患者の受け入れには積極的には対応していない			
(2) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 <small>(検査・治療の対応可否について、通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれに該当する番号を○で囲んでください。)</small>				
区分	通常診療時間帯	診療時間外		
01 MRI	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可		
02 CT	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可		
03 臨床検査	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可		
04 治療 <small>(開頭手術、脳血管手術等)</small>	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可		
(3) 脳卒中急性期患者を受け入れる専用病棟等の設置状況 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。なお、「1 設置している」を選択した場合は、病床数と付間にもお答えください。)</small>	1 脳卒中専用集中治療室（SCU）またはそれに準じた専用病棟を設置している <small>(病床数：_____ 床)</small>	診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について 1 届出している 2 今後届出したい 3 届出は考えていない		
	2 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受入れる病棟を決めている			
	3 設置していない			
(4) 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small>	1 急性期リハビリテーションを実施している 2 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他病院に紹介している 3 その他			
(5) 実施している脳卒中の治療方法 <small>(治療方法すべてについて、実施状況として該当する番号を○で囲んでください。)</small>	治療方法	実施状況		
		当院の設備・常勤スタッフで実施	外部より非常勤医師等の応援を求めて実施(麻酔医の派遣含む)	実施していない
脳卒中の種類				
脳出血	脳内血腫摘出術	1	2	3
くも膜下出血	脳血管内手術（コイル塞栓術等）	1	2	3
	脳動脈瘤被包術，脳動脈瘤クリッピング	1	2	3
脳梗塞 <small>※t-PA (tissue plasminogen activator) を用いた経静脈的血栓溶解療法については、実績が未だなくても、症例があれば実施できる体制にあれば「1」ないし「2」を○で囲んでください。</small>	開頭手術（バイパス移植術，脳血管塞栓摘出術等）	1	2	3
	経皮的脳血管形成術（バルーン・ステント等）	1	2	3
	t-PA（※）を用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後 3 時間以内）	1	2	3
(6) 脳卒中回復期患者の受け入れ範囲 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small>	1 入院・外来とも受け入れている 2 入院のみ受け入れている 3 外来のみ受け入れている			
(7) 脳卒中患者がリハビリテーション目的で入院できる病床 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。「1 有」を選択した場合は、病床数も記入してください。)</small>	1 有（病床数：_____ 床） 2 無			

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(8)脳卒中維持期患者の受入れ範囲 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 入院・外来とも受入れている 2 入院のみ受入れている 3 外来のみ受入れている
(9)脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 実施している 2 実施していない

5 急性心筋梗塞対策について

(1)心疾患強化治療室(CCU)等の設置状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している(病床数 _____ 床) 2 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受入れる病棟を決めている 3 設置していない		
(2)急性心筋梗塞患者に対する検査・治療	(検査・治療の対応可否について、通常診療時間帯と診療時間外のそれぞれに該当する番号を○で囲んでください。)		
区分	通常診療時間帯	診療時間外	
放射線等機器検査(心電図、胸部X線写真等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
臨床検査	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
治療(開胸手術、経皮的冠動脈形成手術等)	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	1 いつでも対応可能 2 曜日・時間帯により対応可能 3 対応不可	
(3)実施している急性心筋梗塞の治療方法 (治療方法すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。)	実施状況		
治療方法	当院の設備・常勤スタッフで実施	外部より非常勤医師等の応援を求めて実施(麻酔医の派遣含む)。	実施していない。
01 冠動脈バイパス手術	1	2	3
02 冠動脈閉塞に対する経皮的治療(カテーテルによる治療)	1	2	3
03 経静脈的血栓溶解療法	1	2	3

6 糖尿病対策について

(1)糖尿病診療スタッフの配置状況 (診療スタッフの常勤者の人数及び非常勤の有無について記入してください。)	1 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士	常勤	非常勤
	2 糖尿病の診療に従事する管理栄養士	人	1 有 2 無
(2)実施している糖尿病の治療方法 (治療方法すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。)	実施状況		
治療方法	当院の設備・常勤スタッフで実施	外部より非常勤医師等の応援を求めて実施(麻酔医の派遣含む)。	実施していない
01 強化インスリン療法	1	2	3
02 インスリン皮下持続注入療法	1	2	3
03 人工膵臓	1	2	3
(3)人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応 (1から3の傷病への対応可否について、該当する番号を○で囲んでください。)	1 人工透析を必要とする糖尿病性腎症	1 可 2 否	
	2 糖尿病性網膜症	1 可 2 否	
	3 糖尿病性足病変(足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽)	1 可 2 否	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(4) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している 2 教育入院のみを実施している 3 日帰り教室のみを実施している 4 いずれも実施していない			
(5) 糖尿病指導の実施状況 (糖尿病指導すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。)	1 自院のスタッフのみで実施	2 自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	3 外部から招いた職員のみで実施	4 外部機関に委託等して実施
01 運動指導	1	2	3	4
02 栄養（食生活）指導	1	2	3	4
03 禁煙指導	1	2	3	4
04 生活指導	1	2	3	4
(6) 関係機関との連携 (関係機関との連携状況すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。なお、「1 有」を選択した場合は、付問にもお答えください。)	1 医療機関との連携	1 有 <input type="checkbox"/> → 1 症例検討 2 その他 2 無 <input type="checkbox"/>		
	2 保健所、市町村保健センターとの連携	1 有 <input type="checkbox"/> → 1 糖尿病関連会議等の参画 2 講演、健康教育の協力 2 無 <input type="checkbox"/>	3 検診の協力 4 その他	
	3 職域、産業保健部門との連携	1 有 <input type="checkbox"/> → 1 糖尿病関連会議等の参画 2 講演、健康教育の協力 2 無 <input type="checkbox"/>	3 検診の協力 4 その他	

7 周産期医療について

(1) 周産期医療の状況 (周産期医療等について、該当する番号を○で囲んでください。)	1 周産期医療	1 実施している 2 実施していない
	2 妊婦健診	1 実施している 2 実施していない
	3 分娩の取扱い	1 実施している 2 実施していない
	4 高度生殖医療（体外受精、顕微授精、凍結融解胚移植、胚胎胞移植など）	1 実施している 2 実施していない

8 救急医療について

(1) 時間外救急診療への対応 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 対応している 2 対応していない	
(2) 時間外の救急搬送患者受入数	〔 〕人 ※H27.7.1からH28.6.30まで（1年間）の人数を記載してください。	
(3) 救急搬送以外の時間外診療患者総数	〔 〕人 ※H27.7.1からH28.6.30まで（1年間）の人数を記載してください。	
(4) 時間外救急診療により対応した事例のうち、精神疾患により、精神科病院への受診または転院が必要であった診療患者数について	H27.7.1～H28.6.30(1年間)に精神科病院へ受診又は転院した患者の実人数	人
	H27.7.1～H28.6.30(1年間)に精神科病院へ受診又は転院はしなかったものの、必要と思われた患者の実人数 ※可能な範囲でお答えください。	人
(5) 救急告示（※）の有無 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 有 2 無 ※「救急病院等を定める省令」第2条第1項の規定に基づき、救急病院として都道府県知事に告示された病院	
(6) 救急医療体制 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 初期 2 二次 3 三次（救命救急センター） 4 体制なし	
(7) 救急患者用に確保している病床数	〔 〕床	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(8)時間外救急診療における 医師・看護師の配置状況		(時間外救急診療における医師・看護師の配置状況および日本救急医学会の救急科専門医資格保有者の有無について、該当する番号一つを○で囲んでください。)							
		配置の有無				救急科専門医資格保有者の有無			
1 常勤の救急専任医師		1 有	2 無			1 有	2 無		
2 常勤の病棟兼任医師		1 有	2 無			1 有	2 無		
3 非常勤の医師		1 有	2 無			/			
4 専任の看護師		1 有	2 無						
5 放射線技師		1 有	2 必要に応じオンコール	3 無					
6 臨床検査技師		1 有	2 必要に応じオンコール	3 無					
(9)夜間（深夜を含む）の救急対応（オンコールでの対応も含む）		(「3)救急医療体制」の「1 初期」～「3 三次」に該当する施設は、該当する番号を○で囲んでください。なお、オンコールでの対応も「可能」に含めてください。)							
診療科目名	平日（月～金曜）				休日（土曜・日曜・祝日）				
	毎日可能	週3～4日可能	週1～2日可能	不可能	土曜日可能	日曜日可能	祝日可能	不可能	
1 内科	1	2	3	4	1	2	3	4	
2 整形外科	1	2	3	4	1	2	3	4	
3 小児科	1	2	3	4	1	2	3	4	
4 精神科	1	2	3	4	1	2	3	4	
5 産科	1	2	3	4	1	2	3	4	
6 耳鼻いんこう科	1	2	3	4	1	2	3	4	
7 眼科	1	2	3	4	1	2	3	4	
8 脳神経外科（開頭手術が可能）	1	2	3	4	1	2	3	4	
9 循環器内科	1	2	3	4	1	2	3	4	
10 循環器外科（心臓カテーテルが可能）	1	2	3	4	1	2	3	4	
11 消化器内科	1	2	3	4	1	2	3	4	
12 消化器外科（開腹術が可能）	1	2	3	4	1	2	3	4	
13 多発外傷への対応	1	2	3	4	1	2	3	4	
(10)夜間（深夜を含む）の救急対応ができない場合の他医療機関との連携状況		診療科目名				連携先の有無			
(夜間（深夜）の救急対応ができない場合に備え、日頃から連携し、救急患者を移送（紹介）できる医療機関の有無について、該当する番号を○で囲んでください。)		1 内科				1 有 2 無			
		2 整形外科				1 有 2 無			
		3 小児科				1 有 2 無			
		4 精神科				1 有 2 無			
		5 産科				1 有 2 無			
		6 耳鼻いんこう科				1 有 2 無			
		7 眼科				1 有 2 無			
		8 脳神経外科				1 有 2 無			
		9 循環器内科				1 有 2 無			
		10 循環器外科				1 有 2 無			
		11 消化器内科				1 有 2 無			
		12 消化器外科				1 有 2 無			

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

9 災害医療について

(1) 災害対応の状況 (整備済みの番号を全て○で囲んでください。)	1 自家発電装置 2 貯水設備 3 医薬品の備蓄 4 飲料水の備蓄	5 食料の備蓄 6 毛布の備蓄 7 簡易ベッド 8 非常用通信設備	9 非常用燃料 10 ヘリポート 11 医療救護班の編成 12 エアテント	13 衛星携帯電話 14 MCA無線
(2) 防災マニュアル (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 策定済み	2 策定していない		
(3) 業務継続計画 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 策定済み	2 策定していない		

10 在宅医療について

(1) 在宅医療サービスの実施状況等 (訪問診療で対応可能な医療行為について、該当する番号すべてを○で囲んでください。なお、「医療保険等による」については、診療報酬点数表に定められたサービス、もしくは同等のサービスを提供した件数を記入し、「介護保険による」については、指定居宅サービス、指定居宅介護支援、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準に定められたサービスを提供した件数を記入してください。)	在宅療養支援病院の届出状況	1 届出済み 種類について該当するものに○ 2 届出予定あり 3 届出していない	1 強化型 (単独) 2 強化型 (連携) 3 通常型	
	訪問診療の実施状況・今後の実施見通し	1 訪問診療を実施している 今後の実施見通し (○は一つ)	1 今後も実施する意向 2 今後は縮小を検討 3 今後は拡大を検討	
		2 訪問診療を実施していない 今後の実施見通し (○は一つ)	1 今後も実施の予定なし 2 今後は実施を検討	
	往診の実施状況・今後の見通し	1 往診を実施している 今後の実施見通し (○は一つ)	1 今後も実施する意向 2 今後は縮小を検討 3 今後は拡大を検討	
		2 往診を実施していない 今後の実施見通し (○は一つ)	1 今後も実施の予定なし 2 今後は実施を検討	
	在宅医療の休日・夜間対応の有無		1 対応できる	2 対応できない
	H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に訪問診療を行った患者の実人数			人
	H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に往診を行った患者の実人数			人
	H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に訪問看護を行った患者の実人数 (医療保険等・介護保険の計)			人
	うち	H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に看取った患者の人数		人
在宅医療対応としての施設での看取り対応数		人		
嘱託医対応としての施設での看取り対応数		人		
純粋な自宅での看取り対応数		人		
検死・検案の数			人	
H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に緊急往診を行った患者の実人数			人	
H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に夜間又は休日の往診を行った患者の実人数			人	
訪問診療を行っていたが、最終的に医療機関で亡くなった患者の人数 (H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に亡くなった方)			人	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(1) 在宅医療サービスの実施状況等 (つづき)	サービスの種類 (併設施設により実施されたサービスは除く)		対応の可否 該当番号に○	対応の場合 H28.6月分の件数
	医療保険等による	1 往診	1 可 2 否	件
		2 在宅時医学総合管理	1 可 2 否	件
		3 施設入居時医療総合管理	1 可 2 否	件
		4 在宅患者訪問診療	1 可 2 否	件
		5 歯科訪問診療	1 可 2 否	件
		6 在宅がん医療総合診療	1 可 2 否	件
		7 在宅患者訪問看護・指導	1 可 2 否	件
		8 精神科訪問看護・指導	1 可 2 否	件
		9 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1 可 2 否	件
		10 訪問看護ステーションへの指示書交付	1 可 2 否	件
	介護保険	11 訪問看護	1 可 2 否	件
		12 訪問リハビリテーション	1 可 2 否	件
在宅医療で対応可能な疾患について、該当する番号すべてを○で囲んでください。				
1 脳血管障害 (脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血等) 2 整形外科疾患 (変形性関節症, 骨折, 脊髄損傷等) 3 指定難病 4 関節リウマチ 5 認知症 6 がん		7 透析対応 8 慢性疾患全般対応 9 精神科疾患 10 小児 11 その他 ()		
訪問診療で対応可能な医療行為について、該当する番号すべてを○で囲んでください。				
1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 経鼻経管栄養 4 経皮経管栄養 (胃ろう又は腸ろう) 5 気管切開部の処置 6 人工肛門の管理 7 人工膀胱の管理 8 酸素療法		9 透析 (CAPD) 10 レスピレーター (人工呼吸器) の管理 11 疼痛の管理 12 モニター測定 (血圧・心拍等) 13 じょくそうの管理 14 尿カテーテル (コンドームカテーテル, 留置カテーテル等)		
在宅医療に関して連携している医療機関等の箇所数を記入してください。				
区分		貴院所在市町村内	貴院所在市町村以外	
01 病院		箇所	箇所	
02 一般診療所		箇所	箇所	
03 歯科診療所		箇所	箇所	
04 保険薬局		箇所	箇所	
05 訪問看護ステーション		箇所	箇所	
06 介護保険施設		箇所	箇所	
07 指定居宅介護支援事業者		箇所	箇所	
患者に関して、連携先との定期的な報告や打合せ、会議等の実施		1 実施している 2 実施していない		
(2) 在宅医療を担当する医療従事者 <small>(非常勤医師等の数は、「2 基礎項目」の「(8)従事者数」に示した方法で常勤換算し、小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記してください。)</small>			常勤	非常勤 (常勤換算)
	1 医師		人	人
	2 看護職員		人	人
	3 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		人	人
	4 その他		人	人

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(3) 訪問診療・往診のいずれも実施していない場合、その理由について該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 地域における役割分担により在宅医療は他の医療機関が担うこととなっているため 2 地域において在宅医療（訪問診療・往診）のニーズがないため 3 外来診療が多忙で在宅医療（訪問診療・往診）を行う余裕がないため 4 診療報酬上の評価が十分ではないため 5 より急性期医療に取り組みたいため 6 体力上の問題で行うことができないため 7 専門としている診療科が在宅医療（訪問診療・往診）に適さないため 8 居住地が遠方のため、緊急時等の対応が困難なため (居住地：) 9 その他 ()
<p>(4) 地域において在宅医療を推進する上で課題（支障）となるものは何だとお考えですか。 該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 遠方の患者については移動時間が多くかかること 2 在宅医療に関する診療報酬上の評価が不十分であること 3 訪問看護を担う看護職員が不足していること 4 患者の容体が急変したときの受け入れ体制が不十分であること 5 患者の容体について、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などの関係者と情報共有を行うことが困難であること（情報共有を行う時間を確保することが困難であること） 6 患者（家族）の在宅医療や看取りに関する理解が十分ではないこと 7 家族の介護力や介護サービスなど介護に関する体制が不十分であること（医療上は可能であっても、介護体制が不十分であるため在宅移行が困難） 8 退院時の支援が不十分であること 9 その他 ()
<p>(5) 在宅医療を推進するために必要だと思われる支援（対応策）は何ですか 該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 診療報酬上の評価を含めて財政支援を手厚くすること 2 訪問看護を担う看護職員の養成・確保 3 急変時の受け入れ体制の確保 4 複数主治医制の導入 5 地域ケア会議の活性化 6 在宅医療をおこなっている医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所など関係者が患者の容体について情報共有を円滑に行うためのタブレット端末の導入 7 テレビ電話などを活用した遠隔診療の推進 8 患者（家族）の在宅医療・看取りに関する理解の促進 9 施設系介護サービス（特養、老健、介護療養型医療施設）の充実 10 居住系介護サービス（グループホーム、特定施設入居者生活介護等）の充実 11 訪問系介護サービス（訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護等）の充実 12 通所系介護サービス（通所介護、通所リハ等）の充実 13 退院時の支援の充実 14 その他 ()

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

1 1 地域における連携状況について

<p>(1) 地域医療連携室等の整備状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)</p>	<p>1 地域医療連携室を設置 2 専任の人員を配置する等体制を整備し、医療機関から患者の受入れや退院調整等を行っている 3 医療機関から患者の受入れ等を行うための体制は、特に整備していない</p> <p>3 を選択した場合は、その理由について該当する番号を○で囲んでください。 1 職員の配置が困難 2 患者のニーズがなく必要性がない 3 その他</p>																
<p>(2) 地域ケア会議や介護支援サービス担当者会議への参画状況</p>	<p>(市町村等が開催する地域ケア会議や介護支援専門員が開催するサービス担当者会議への参画について、該当する番号を○で囲んでください。)</p> <p>1 有 2 無</p>																
<p>(3) 紹介医師との相互連携</p>	<p>(紹介患者について定期的な報告や連絡を行うなど紹介医師との相互連携状況について、該当する番号一つを○で囲んでください。)</p> <p>1 実施している 2 実施していない</p>																
<p>(4) 診療所への後方支援体制</p>	<p>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</p> <p>1 急変時に緊急入院を受入れている 3 診療に関する相談を受けている 2 研修会・症例検討会を実施している 4 積極的な後方支援は実施していない</p>																
<p>(5) 他施設に勤務する医師(地域の開業医など)による設備等の利用</p>	<p>(他施設に勤務する医師に設備等を利用させているかどうかについて、該当する番号を○で囲んでください。なお、「1 利用させている」を選択した場合は、付問についても該当する番号すべてを○で囲んでください。)</p> <table border="1" data-bbox="499 880 1461 1010"> <tr> <td data-bbox="499 880 778 965">1 利用させている</td> <td data-bbox="786 880 1018 920">1 研修会</td> <td data-bbox="1026 880 1257 920">3 外来診療設備</td> <td data-bbox="1265 880 1461 920">5 手術設備</td> <td data-bbox="1469 880 1576 920">7 その他</td> </tr> <tr> <td data-bbox="499 927 778 965"></td> <td data-bbox="786 927 1018 965">2 検査設備</td> <td data-bbox="1026 927 1257 965">4 入院診療設備</td> <td data-bbox="1265 927 1461 965">6 実地訓練</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="499 972 778 1010">2 利用させていない</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>		1 利用させている	1 研修会	3 外来診療設備	5 手術設備	7 その他		2 検査設備	4 入院診療設備	6 実地訓練		2 利用させていない				
1 利用させている	1 研修会	3 外来診療設備	5 手術設備	7 その他													
	2 検査設備	4 入院診療設備	6 実地訓練														
2 利用させていない																	
<p>(6) 他の施設への患者の紹介人数 (H28.6月の実績について記入してください。)</p>	病院(介護療養型医療施設を除く)	人															
	診療所(介護療養型医療施設を除く)	人															
	介護保険施設	人															
	その他	人															
<p>(7) 他の施設からの患者紹介・受入れ数 (H28.6月の実績について記入してください。)</p>	病院(介護療養型医療施設を除く)	人															
	診療所(介護療養型医療施設を除く)	人															
	介護保険施設	人															
	その他	人															
<p>(8) 地域連携クリティカルパス(※)の導入 (地域連携クリティカルパスの導入状況について、該当する番号を○で囲んでください。なお、「1 有」を選択した場合は、種類について、該当する番号を全て○で囲んでください。)</p>	<p>※「地域連携クリティカルパス」とは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものです。</p> <p>1 有 → <table border="1" data-bbox="707 1462 1433 1653"> <tr><td>1 がん</td></tr> <tr><td>2 脳卒中</td></tr> <tr><td>3 急性心筋梗塞</td></tr> <tr><td>4 糖尿病</td></tr> <tr><td>5 その他 ()</td></tr> </table></p> <p>2 無</p> <p>3 検討中</p>		1 がん	2 脳卒中	3 急性心筋梗塞	4 糖尿病	5 その他 ()										
1 がん																	
2 脳卒中																	
3 急性心筋梗塞																	
4 糖尿病																	
5 その他 ()																	
<p>(9) 他医療機関等との電子カルテの共有</p>	<p>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</p> <p>1 有 2 無 3 導入予定</p>																
<p>(10) 入退院時のケアマネジャーとの情報共有の状況 (要支援・要介護認定を受けている患者の入院時に担当ケアマネジャーから情報提供を受けたり、退院時にケアマネジャーに情報提供したりしているか。)</p>	<p>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</p> <p>1 情報共有している 2 情報共有していない</p>																

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

12 リハビリテーション医療について

<p>(1) リハビリテーション医療の実施状況</p>	<p>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</p> <p>1 実施している 2 実施していない</p>		
<p>(2) リハビリテーションが必要な患者のために専用で確保している病床数 (リハビリテーション専用病床について、該当する病床数をそれぞれ記入してください。)</p>	リハビリテーション専用病床	床	
	うち一般病床	床	
	うち回復期リハビリテーション病棟 (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出を行っているもの)	床	
	うち療養病床	床	
<p>(3) リハビリテーション部門専任医師数と、そのうちの専門医資格保有者数 (リハビリテーション部門専任医師数等について、該当する医師数をそれぞれ記入してください。)</p>	リハビリテーション部門専任医師数	常勤	人
		非常勤 (実数)	人
	うち日本リハビリテーション医学会専門医資格保有者数		人
<p>(4) リハビリテーション医療の充実 (今後リハビリテーションを充実させたいかどうかについて、該当する番号一つを○で囲んでください。)</p>	<p>1 充実させたいと考えている</p> <p>2 当面の間は現状を維持する予定である</p> <p>3 今のところ未定である</p>		
<p>(5) 今後充実させたいと考えている内容 (リハビリテーション医療に関して今後充実させたいと考えている内容について、該当する番号に優先順位を数字で記入してください。)</p>			優先順位 (数字で3つまで記入)
	1 リハビリテーション料の施設基準の届出		
	2 リハビリテーション専門病床の整備		
	3 訓練室の施設改善		
	4 リハビリテーション医療機器の整備・更新		
	5 リハビリテーション関連医療従事者の確保・増員		
	6 地域リハビリテーションに対する支援への積極的な取組		
	7 その他		
<p>(6) 今後充実させたいと考えているリハビリテーション料の施設基準の種類 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)</p>	<p>1 心大血管疾患リハビリテーションⅠ 6 運動器リハビリテーションⅡ</p> <p>2 心大血管疾患リハビリテーションⅡ 7 呼吸器リハビリテーションⅠ</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ 8 呼吸器リハビリテーションⅡ</p> <p>4 脳血管疾患等リハビリテーションⅡ 9 難病患者リハビリテーション</p> <p>5 運動器リハビリテーションⅠ 10 障害児(者)リハビリテーション</p>		
<p>(7) 今後充実させたいと考えているリハビリテーション専門病床の種類 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)</p>	<p>1 一般病床を使用したリハビリテーション専門病床</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟 (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出が必要なもの) の整備</p> <p>3 療養病床を使用したリハビリテーション専門病床</p>		

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

13 緩和ケアについて

(1) 緩和ケアの実施状況 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。なお、「1」と「2」を選択した場合、病床数も記入してください。)</small>	1 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている (緩和ケア病棟の病床数: _____ 床) 2 緩和ケア診療加算の届出を行っている (緩和ケア専用病床数: _____ 床) 3 上記1, 2には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供している 4 積極的な実施体制を整備していない																				
(2) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の数	(「(1)で「1」に○を囲んだ場合のみ、各職種の人数を記入してください。) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 医師</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">人</td> <td style="width: 50%;">6 薬剤師</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>2 看護職員</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>7 管理栄養士・栄養士</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>3 看護補助職員</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>8 ボランティア</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>4 医療社会事業従事者</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td>9 その他</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>5 臨床心理士</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 医師	人	6 薬剤師	人	2 看護職員	人	7 管理栄養士・栄養士	人	3 看護補助職員	人	8 ボランティア	人	4 医療社会事業従事者	人	9 その他	人	5 臨床心理士	人		
1 医師	人	6 薬剤師	人																		
2 看護職員	人	7 管理栄養士・栄養士	人																		
3 看護補助職員	人	8 ボランティア	人																		
4 医療社会事業従事者	人	9 その他	人																		
5 臨床心理士	人																				
(3) 緩和ケア外来の設置状況及び H27. 7. 1～H28. 6. 30 における外来患者数	(該当する番号一つを○で囲んでください。なお、「1 設置している」を選択した場合、H27. 7. 1～H28. 6. 30 における外来患者数も記入してください。) 1 設置している (外来患者数: _____ 人) 2 設置していない																				
(4) 在宅療養患者への緩和ケア提供体制 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 訪問診療を実施している 2 訪問看護を実施している 3 急変時に緩和ケア病棟への入院を受入れている 4 急変時に一般病棟への入院を受入れている 5 診療所又は訪問看護ステーションを支援している 6 積極的な実施体制を整備していない																				
(5) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームが連携している診療所や訪問看護ステーションの箇所数	(連携している診療所・訪問看護ステーションの箇所数について、それぞれ記入してください。) 1 診療所 (_____ 箇所) 2 訪問看護ステーション (_____ 箇所)																				
(6) 緩和ケア実施に関する課題 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない 2 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい 3 緩和ケア病棟または病床を整備するのが難しい 4 緩和ケアの実施は採算性が悪い 5 その他																				
(7) 緩和ケアの実施に関する課題について今後の予定 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 緩和ケア病棟入院料の施設基準の届出を行う予定がある 2 緩和ケア加算の施設基準の届出を行う予定がある 3 上記1, 2には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供する予定がある 4 当面の間は現状を維持する予定である 5 今のところ未定である																				

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

1 4 精神医療について

(1) 精神医療の対応状況 <small>(精神医療のすべての項目における対応の可否について、該当する番号を○で囲んでください。)</small>	精神医療の種類		対応の可否 該当番号に○	対応の場合 H28.6月分の件数
	1 精神科救急医療		1 可 2 否	件
	2 アルコール依存症の専門的診療		1 可 2 否	件
	3 薬物依存症の専門的診療		1 可 2 否	件
	4 児童・思春期精神疾患の専門的診療		1 可 2 否	件
	5 ストレス障害の専門的診療		1 可 2 否	件
	6 てんかんの専門的診療		1 可 2 否	件
	7 老年期精神疾患の専門的診療		1 可 2 否	件
	8 発達障害の専門的診療		1 可 2 否	件
	9 摂食障害の専門的診療		1 可 2 否	件
	10 高次脳機能障害の専門的診療		1 可 2 否	件
(2) 身体疾患合併症を有する精神疾患患者に対応するための他医療機関との連携 <small>(該当する番号を1つ○で囲んでください。)</small>	1 精神科医療機関と連携している			
	2 一般医療機関と連携している			
	3 自院で対応できるため連携していない			
	4 患者に任せており連携していない			
(3) 入院患者の退院促進について <small>(1及び2については人数を記載し、3については該当する番号全て○で囲んでください。)</small>	1 生活支援員の配置人数 (H28.6.30 時点)		人	
	2 医療保護入院による在院者数 (H28.6.30 時点)		人	
	3 地域の関係機関との連携状況 (H27.7.1 から H28.6.30 までの連携状況)			
	1 市町村	5 訪問看護ステーション		
2 保健所	6 精神保健福祉センター			
3 相談支援事業	7 なし			
4 障害福祉サービス事業				

1 5 感染症対策について

(1) 感染管理者の設置状況 <small>(設置状況の有無について該当する番号を○で囲んでください。)</small>	1 有 ⇨	「1 有」の場合、感染管理者の「職種」及び「取得資格」について該当する番号を○で囲んでください。	職	1 医師 2 看護師 3 臨床検査技師 4 薬剤師 5 その他()
	2 無		取得資格	1 感染制御医師 (ICD) 2 感染管理認定看護師 (ICN) 3 感染制御専門認定臨床微生物検査技師 (ICM) 4 感染制御専門薬剤師 5 無
(2) 感染対策チーム (インフェクションコントロールチーム (ICT)) の設置状況 <small>(設置状況の有無について該当する番号を○で囲んでください。)</small>	1 有 ⇨	「1 有」の場合、ICT 構成員の「職種」及び「取得資格」について該当する番号を○で囲んでください。	職	1 医師 2 看護師 3 臨床検査技師 4 薬剤師 5 その他()
	2 無		取得資格	1 感染制御医師 (ICD) 2 感染管理認定看護師 (ICN) 3 感染制御専門認定臨床微生物検査技師 (ICM) 4 感染制御専門薬剤師 5 無
(3) 感染管理者あるいは ICT の活動実績 <small>(H27.7.1~H28.6.30 (1年間) の間の活動実績の有無について当てはまる番号を全て○で囲んでください。)</small>	〔実績の有無〕		自施設の感染対策	他施設の感染対策
	01 教育, 研修		1 有 2 無	1 有 2 無
	02 感染対策相談 (コンサルテーション)		1 有 2 無	1 有 2 無
	03 発生动向監視 (サーベイランス)		1 有 2 無	1 有 2 無
	04 院内巡視 (ラウンド)		1 有 2 無	1 有 2 無
(4) 感染管理者あるいは ICT の機能として可能な活動 <small>(活動実績の有無にかかわらず、活動可能な機能について当てはまる番号を全て○で囲んでください。)</small>	〔機能の有無〕		自施設の感染対策	他施設の感染対策
	01 教育, 研修		1 有 2 無	1 有 2 無
	02 感染対策相談 (コンサルテーション)		1 有 2 無	1 有 2 無
	03 発生动向監視 (サーベイランス)		1 有 2 無	1 有 2 無
	04 院内巡視 (ラウンド)		1 有 2 無	1 有 2 無

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

16 臓器等移植対策について

臓器等移植医療の対応状況 (臓器等移植医療の対応可否について該当するすべての番号を○で囲んでください。)	項目	対応の可否	
	1 角膜移植術	1 可	2 否
	2 移植用肺採取術 (死体)	1 可	2 否
	3 同種死体肺移植術	1 可	2 否
	4 移植用心採取術	1 可	2 否
	5 同種心移植術	1 可	2 否
	6 移植用心肺採取術	1 可	2 否
	7 同種心肺移植術	1 可	2 否
	8 移植用部分肝採取術 (生体)	1 可	2 否
	9 生体部分肝移植	1 可	2 否
	10 移植用肝採取術 (死体)	1 可	2 否
	11 同種死体肝移植術	1 可	2 否
	12 移植用脾採取術 (死体)	1 可	2 否
	13 同種死体脾移植術	1 可	2 否
	14 移植用脾腎採取術 (死体)	1 可	2 否
	15 同種死体脾腎移植術	1 可	2 否
	16 移植用腎採取術 (生体)	1 可	2 否
	17 移植用腎採取術 (死体)	1 可	2 否
	18 同種腎移植術	1 可	2 否
	19 骨髄移植	1 可	2 否
	20 臍帯血移植	1 可	2 否

17 難病等対策について

(1) レスピレーターを装着している入院患者数	[] 人 ※H28.7.1 時点でお答えください。
(2) レスピレーターを装着している患者の入院受入対応について	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 対応できる 2 対応できない

18 電子システム等について

(1) 電子カルテの導入等	1 電子カルテの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中			
	2 電子カルテの活用状況 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 自施設内で活用 2 患者への治療方針の説明などに活用 3 他の医療機関との連携に活用			
(2) オーダリングシステムの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中				
(3) レセプト電算システムの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中				
(4) 遠隔医療システム (該当する番号一つを○で囲んでください。)	遠隔画像システム	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中
	遠隔病理診断	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中
	在宅療養支援	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中

御協力ありがとうございました。

宮城県医療機能調査票（一般診療所）

平成28年7月1日現在

※市区町村コード	
----------	--

上欄には記入しないでください。

1 調査票記入者名

(1) 部署	
(2) 職名	
(3) 氏名	
(4) 連絡先 TEL	
(5) 連絡先 FAX	
(6) メールアドレス	

2 基礎項目

(1) 施設番号	「調査票の記入方法・返送方法等について」に記載の施設番号を記入してください。		
(2) 施設名			
(3) 施設の住所	〒		
(4) 電話番号（代表） FAX番号（代表）	（電話番号 昼間） （電話番号 夜間） （FAX番号）	（ ） （ ） （ ）	— — —
(5) 休止・休診の状況 <small>（該当する番号一つを○で囲んでください。）</small>	1 休止中 2 1年以上休診中 3 1年未満休診中 <small>※「休止」とは、医療法上の休止届を既に出してある状態。 ※「休診」とは、H28.7.1 現在、休診の状態（年末年始の休診を除く）。 ※「1」又は「2」の施設は、「2 基礎項目」の「(1)施設名」～「(4)電話番号FAX番号」、「(8)社会保険診療等の状況」を記入し、それ以外は記入する必要はありません。「3」の施設は、すべての項目に可能な限り記入してください。</small>		
(6) 診療科目 <small>（広告・標榜する診療科目について、該当するすべての番号を○で囲んでください。）該当するものがない場合でも、近いものがあれば○で囲んでください。 （例：呼吸器科→呼吸器外科か呼吸器内科に○） なお、麻酔科については医療法第6条の6第1項による標榜の許可を受けた者のいる施設に限ります。）</small>	1 内科 2 呼吸器科 3 消化器内科(胃腸科) 4 循環器内科 5 小児科 6 精神科 7 神経科 8 神経内科 9 心療内科 10 アレルギー科 11 リウマチ科 12 外科	13 整形外科 14 形成外科 15 美容外科 16 脳神経外科 17 呼吸器外科 18 消化器外科 19 循環器外科 20 心臓血管外科 21 小児外科 22 産婦人科 23 産科 24 婦人科 25 眼科 26 耳鼻いんこう科	27 気管食道科 28 皮膚科 29 泌尿器科 30 性病科 31 こう門科 32 リハビリテーション科 33 放射線科 34 麻酔科 35 歯科 36 矯正歯科 37 小児歯科 38 歯科口腔外科
二つ以上の科目を○で囲んだ場合は、主たる診療科目の番号を右欄に記入してください。 <small>※主たる診療科は、①患者数の多い診療科、①で判断できない場合は②院長又は常勤医若しくは管理医師の主たる専門科目、②でも判断できない場合は③院長判断によることとします。</small>			39 <table border="1" style="width: 100px; height: 30px; border-style: dashed;"></table>

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(7) 併設施設の状況</p> <p>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</p> <p>※併設とは、同一法人(法人が異なっても実質的に同一経営の場合を含みます。)が同一敷地内又は隣接の敷地内で「1」～「13」の施設を運営する場合があります。「法人が異なっても実質的に同一経営」とは、例えば医療法人の病院と社会福祉法人の介護老人福祉施設を運営している者が同じ場合等をいいます。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護老人保健施設 2 指定介護老人福祉施設 3 訪問看護ステーション 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム) 7 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) 8 居宅介護支援事業所 9 地域包括支援センター 10 健診センター 11 医療関係者の養成施設 12 健康増進施設 13 サービス付き高齢者向け住宅 14 上記施設の該当なし
<p>(8) 診療所の種類</p> <p>(専門又は主として行っている業務について、該当する番号一つを○で囲んでください。)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 一般診療業務を行っている診療所 2 相談・指導業務を専らとする診療所 3 採血及び供血を専らとする診療所 4 検診業務 (集団・個別) を専らとする診療所 5 検査業務を専らとする診療所 6 主として人工透析を行っている診療所 7 巡回診療を専らとする診療所 8 休日夜間救急センター 9 介護保険サービス提供を主とする診療所
<p>(9) 期間診療所等</p> <p>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 特定の期間 (季節)・曜日にのみ診療を行っている診療所 2 事業所内の診療所 3 市町村保健センター内の診療所 4 救急病院等を定める省令に基づき救急診療所として宮城県知事より告示されている診療所 5 上記に該当する診療所ではない

<p>(10) 表示診療時間外の対応</p> <p>(表示診療時間外の夜間の救急患者等への対応について、それぞれ該当する番号を○で囲んでください。)</p> <p>*該当するものがない場合でも、近いものがあれば○で囲んでください。</p> <p>(例：消化器科→消化器外科か消化器内科に○)</p>			<p>1 緊急時の連絡体制を整備し、診療に応じている</p> <p>2 できるだけ求めに応じるようにしている</p> <p>3 診療時間外は医師不在等のため、原則診療には応じていない</p>				
	<p>上記で1・2の場合の夜間の救急対応(オンコールでの対応も含む)について、対応可能な診療科・曜日の該当番号すべてを○で囲んでください。</p>						
	診療科目名	月曜～金曜日			土曜・日曜・祝日		
		毎日可能	週3～4日可能	週1～2日可能	土曜可能	日曜可能	祝日可能
	1 内科	1	2	3	1	2	3
	2 整形外科	1	2	3	1	2	3
	3 小児科	1	2	3	1	2	3
	4 精神科	1	2	3	1	2	3
	5 産科	1	2	3	1	2	3
	6 耳鼻いんこう科	1	2	3	1	2	3
7 眼科	1	2	3	1	2	3	
8 脳神経外科(開頭手術が可能)	1	2	3	1	2	3	
9 循環器内科	1	2	3	1	2	3	
10 循環器外科(心臓カテーテルが可能)	1	2	3	1	2	3	
11 消化器内科	1	2	3	1	2	3	
12 消化器外科(開腹手術が可能)	1	2	3	1	2	3	
13 多発性外傷への対応	1	2	3	1	2	3	
<p>夜間(深夜を含む)の救急対応ができない場合他医療機関との連携状況(日ごろから連携して患者を移送(紹介)できる医療機関の有無)について、該当番号一つを○で囲んでください。</p>							
診療科目名	連携先の有無						
1 内科	1 有	2 無					
2 整形外科	1 有	2 無					
3 小児科	1 有	2 無					
4 精神科	1 有	2 無					
5 産科	1 有	2 無					
6 耳鼻いんこう科	1 有	2 無					
7 眼科	1 有	2 無					
8 脳神経外科	1 有	2 無					
9 循環器内科	1 有	2 無					
10 循環器外科	1 有	2 無					
11 消化器内科	1 有	2 無					
12 消化器外科	1 有	2 無					
<p>(11) 診療状況</p> <p>(6月分の患者数について、記入してください。)</p> <p>※診療録(カルテ)作成した患者の延べ数を記入。</p> <p>※複数の診療科で診察し、複数の診療録が作成された場合は、それぞれに計上。</p> <p>※外来診察後の入院は、外来・入院それぞれに計上。</p> <p>※入院患者を他の診療科で診察し、診療録が作成された場合は、外来・入院それぞれに計上。</p>	6月30日の在院患者数				人	24時現在。外泊者数を含む	
	6月分の新規入院患者数				人	6月分の退院患者を含む	
	6月分の退院患者数				人	即日退院・死亡を含む	
	6月分の外来患者延数				人	6月分の外来患者延数	
					人	うち初診の患者数	
				人	うち診療時間外受診患者延数		
				人	うち診療時間外の3歳未満児の受診患者延べ数		

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(12) 在宅医療サービスの実施状況等 <small>(在宅医療サービスの実施状況等について、該当する番号をそれぞれ○で囲み、また届出月・件数・箇所数を記入してください。)</small>	在宅療養支援診療所の届出状況	1 届出済み ↳ 種類について該当するものに○ 1 強化型 (単独) 2 強化型 (連携) (連携機関数) ↳ 病院 (機関) 診療所 (機関) 3 通常型	
		2 届出予定あり 3 届出していない	
	訪問診療の実施状況 ・今後の実施見通し	1 訪問診療を実施している ↳ 今後の実施見通し (○は一つ) 1 今後も実施する意向 2 今後は縮小を検討 3 今後は拡大を検討	
	2 訪問診療を実施していない ↳ 今後の実施見通し (○は一つ) 1 今後も実施の予定なし 2 今後は実施を検討		
往診の実施状況 ・今後の見通し	1 往診を実施している ↳ 今後の実施見通し (○は一つ) 1 今後も実施する意向 2 今後は縮小を検討 3 今後は拡大を検討		
	2 往診を実施していない ↳ 今後の実施見通し (○は一つ) 1 今後も実施の予定なし 2 今後は実施を検討		
在宅医療の休日・夜間対応の有無		1 対応できる 2 対応できない	
H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に訪問診療を行った患者の実人数			人
H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に往診を行った患者の実人数			人
H28. 6. 1～H28. 6. 30 (1 カ月) に訪問看護を行った患者の実人数 <small>(医療保険等・介護保険の計)</small>			人
H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に看取った患者の人数			人
うち	在宅医療対応としての施設での看取り対応数		人
	嘱託医対応としての施設での看取り対応数		人
	純粋な自宅での看取り対応数		人
	検死・検案の数		人
H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に緊急往診を行った患者の実人数			人
H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に夜間又は休日の往診を行った患者の実人数			人
訪問診療を行っていたが、最終的に医療機関で亡くなった患者の人数 <small>(H27. 7. 1～H28. 6. 30 (1 年間) に亡くなった方)</small>			人
サービスの種類 <small>(併設施設により実施されたサービスは除く)</small>		対応の可否 該当番号に○	対応の場合 H28. 6 月分の件数
医療 保険 等こ よる	1 往診	1 可 2 否	件
	2 在宅時医学総合管理	1 可 2 否	件
	3 施設入居時医療総合管理	1 可 2 否	件
	4 在宅患者訪問診療	1 可 2 否	件
	5 歯科訪問診療	1 可 2 否	件
	6 在宅がん医療総合診療	1 可 2 否	件
	7 在宅患者訪問看護・指導	1 可 2 否	件
	8 精神科訪問看護・指導	1 可 2 否	件
	9 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1 可 2 否	件
	10 訪問看護ステーションへの指示書交付	1 可 2 否	件
介護 保険	11 訪問看護	1 可 2 否	件
	12 訪問リハビリテーション	1 可 2 否	件

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

在宅医療で対応可能な疾患について、該当する番号すべてを○で囲んでください。			
1 脳血管障害（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血等） 2 整形外科疾患（変形性関節症，骨折，脊髄損傷等） 3 指定難病 4 関節リウマチ 5 認知症 6 がん	7 透析対応 8 慢性疾患全般対応 9 精神科疾患 10 小児 11 その他（ ）		
訪問診療で対応可能な医療行為について、該当する番号すべてを○で囲んでください。			
1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 経鼻経管栄養 4 経皮経管栄養（胃ろう又は腸ろう） 5 気管切開部の処置 6 人工肛門の管理 7 人工膀胱の管理 8 酸素療法	9 透析（CAPD） 10 レスピレーター（人工呼吸器）の管理 11 疼痛の管理 12 モニター測定（血圧・心拍等） 13 じょくそうの管理 14 尿カテーテル（コンドームカテーテル，留置カテーテル等）		
在宅医療に関して連携している医療機関等の箇所数を記入してください。			
	貴院所在市町村内	貴院所在市町村以外	
01 病院	箇所	箇所	
02 一般診療所	箇所	箇所	
03 歯科診療所	箇所	箇所	
04 保険薬局	箇所	箇所	
05 訪問看護ステーション	箇所	箇所	
06 介護保険施設	箇所	箇所	
07 指定居宅介護支援事業者	箇所	箇所	
患者に関して、連携先との定期的な報告や打合せ、会議等の実施	1 実施している	2 実施していない	
(13) 在宅医療を担当する 医療従事者 <small>（非常勤医師等の数は、「2 基礎項目」の「(8)従事者数」に示した方法で常勤換算し、小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで表記してください。）</small>		常勤	非常勤 （常勤換算）
	1 医師	人	人
	2 看護職員	人	人
	3 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	人	人
	4 その他	人	人

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(14) 訪問診療・往診のいずれも実施していない場合、その理由について該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 地域における役割分担により在宅医療は他の医療機関が担うこととなっているため 2 地域において在宅医療（訪問診療・往診）のニーズがないため 3 外来診療が多忙で在宅医療（訪問診療・往診）を行う余裕がないため。 4 診療報酬上の評価が十分ではないため 5 より急性期医療に取り組みたいため 6 体力上の問題で行うことができないため 7 専門としている診療科が在宅医療（訪問診療・往診）に適さないため 8 居住地が遠方のため、緊急時等の対応が困難なため (居住地：) 9 その他 ()
<p>(15) 地域において在宅医療を推進する上で課題（支障）となるものは何だとお考えですか。 該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 遠方の患者については移動時間が多くかかること 2 在宅医療に関する診療報酬上の評価が不十分であること 3 訪問看護を担う看護職員が不足していること 4 患者の容体が急変したときの受け入れ体制が不十分であること 5 患者の容体について、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などの関係者と情報共有を行うことが困難であること（情報共有を行う時間を確保することが困難であること） 6 患者（家族）の在宅医療や看取りに関する理解が十分ではないこと 7 家族の介護力や介護サービスなど介護に関する体制が不十分であること（医療上は可能であっても、介護体制が不十分であるため在宅移行が困難） 8 退院時の支援が不十分であること 9 その他 ()
<p>(16) 在宅医療を推進するために必要だと思われる支援（対応策）は何ですか 該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 診療報酬上の評価を含めて財政支援を手厚くすること 2 訪問看護を担う看護職員の養成・確保 3 急変時の受け入れ体制の確保 4 複数主治医制の導入 5 地域ケア会議の活性化 6 在宅医療をおこなっている医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所など関係者が患者の容体について情報共有を円滑に行うためのタブレット端末の導入 7 テレビ電話などを活用した遠隔診療の推進 8 患者（家族）の在宅医療・看取りに関する理解の促進 9 施設系介護サービス（特養、老健、介護療養型医療施設）の充実 10 居住系介護サービス（グループホーム、特定施設入居者生活介護等）の充実 11 訪問系介護サービス（訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護等）の充実 12 通所系介護サービス（通所介護、通所リハ等）の充実 13 退院時の支援の充実 14 その他 ()

(17) 麻酔及び手術等の状況 (該当する項目に 6 月中の実施件数を記入してください。) ※一連のものは1件として記入してください。	項目			実施件数			
	01	全身麻酔 (静脈麻酔は除く)					件
	02	内視鏡下消化管手術 (生検目的を除く)					件
	03	悪性腫瘍手術 (内視鏡, 胸腔鏡, 腹腔鏡による手術を除く)					件
	04	うち胃・大腸悪性腫瘍手術					件
	05	うち乳房悪性腫瘍手術 (生検目的を除く)					件
	06	うち子宮悪性腫瘍手術 (生検目的を除く)					件
	07	体外衝撃波結石破砕術 (一連のものは1件)					件
	08	体外衝撃波結石破砕装置台数					台
	09	網膜光凝固術 (一連のものは1件)					件
	10	人工透析 (腹膜透析を除く)					件
	11	人工透析装置台数					台
	12	分娩 (正常分娩を含む。死産を除く)					件
	13	うち帝王切開娩出術					件
(18) 検査等の実施状況 (該当する項目に6月中の実施状況について、記入してください。実施有の場合は、6月中の実施件数を記入してください。)	項目		6月中の実施状況		6月中の実施件数		
	01	上部消化管内視鏡検査	1 有	2 無		件	
	02	気管支内視鏡検査	1 有	2 無		件	
	03	大腸内視鏡検査	1 有	2 無		件	
	04	血管連続撮影	1 有	2 無		件	
	05	C T 検査	1 有	2 無		件	
	06	M R I 検査	1 有	2 無		件	
	07	R I 検査	1 有	2 無		件	
	08	P E T (陽電子断層撮影) 検査	1 有	2 無		件	
	09	乳房X線検査 (マンモグラフィ)	1 有	2 無		件	
	10	超音波検査	1 有	2 無		件	
(19) 歯科設備 (該当する項目番号をそれぞれ○で囲んでください。また歯科診療台については、台数を記入してください。)	項目		設備の有無		台数		
	01	歯科診療台	1 有	2 無	/	台	
	02	パノラマX線装置	1 有	2 無			
	03	吸入麻酔装置	1 有	2 無			
	04	下顎運動解析装置	1 有	2 無			
	05	マイオモニター	1 有	2 無			
	06	高周波電気メス	1 有	2 無			

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(20) 従事者数

(H28.7.1 の24時現在に在籍する下記の職種・有資格者すべてにかかる従事者の状況について、数字を記入してください(派遣労働者・一般従事者と同様の勤務状況の家族従事者を含む)。

複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、主な業務を1つ決め、該当する欄に計上してください。)

※非常勤の常勤換算について

- 1 非常勤(常勤換算)欄には、常勤以外の従事者について施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は32時間に切り上げ)により換算して記入してください。
- 2 勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所要の調整(例えば、月1回(4週に1回)のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗じるなど)をしてください。
- 3 当直にあたる者について換算する場合の分母は、施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は、32時間に切り上げ)の2倍としてください。換算後の数値は、小数点以下第2位を四捨五入し、表示は小数点以下第1位までとしますが、1人について1を超える場合は「1.0人」としてください。

<計算例>

例1 1週間の通常の勤務時間が30時間(32時間へ切り上げ)の診療所で、週3日・8時間勤務の者が1人の場合

$$\frac{8\text{時間} \times 3\text{日}}{32\text{時間}} = 0.75\text{人} \approx 0.8\text{人} (\text{小数点第2位を四捨五入})$$

例2 1週間の通常の勤務時間が40時間の診療所で、週2日・5時間勤務の者が1人と週3日・3時間勤務の者が3人いる場合

$$\frac{(2\text{日} \times 5\text{時間} \times 1\text{人}) + (3\text{日} \times 3\text{時間} \times 3\text{人})}{40\text{時間}} = 0.975\text{人} \approx 0.9\text{人} (\text{小数点第2位を四捨五入})$$

例3 計算の結果が、0.1人に満たない場合は、0.1人として換算。

職種		従事者数		職種		従事者数		
医師	常勤		人	歯科衛生士(常勤換算)		.	人	
	非常勤(常勤換算)		.		人	歯科技工士(常勤換算)		.
歯科医師	常勤		人	社会福祉士(常勤換算)			.	人
	非常勤(常勤換算)		.	人	介護福祉士(常勤換算)		.	人
薬剤師	(常勤換算)		.	人	言語聴覚士(常勤換算)		.	人
保健師	実人数		人	精神保健福祉士(常勤換算)		.	人	
	(常勤換算)		.	人	診療放射線技師(常勤換算)		.	人
助産師	実人員		人	診療エックス線技師(常勤換算)		.	人	
	(常勤換算)		.	人	臨床検査技師(常勤換算)		.	人
看護師	実人数		人	衛生検査技師(常勤換算)		.	人	
	(常勤換算)		.	人	臨床工学技士(常勤換算)		.	人
准看護師	実人数		人	あん摩マッサージ指圧師(常勤換算)		.	人	
	(常勤換算)		.	人	柔術整復師(常勤換算)		.	人
看護業務補助者(常勤換算)		.	人	管理栄養士・栄養士(常勤換算)		.	人	
理学療法士(常勤換算)		.	人	その他技術員(常勤換算)		.	人	
作業療法士(常勤換算)		.	人	医療ソーシャルワーカー等(常勤換算)		.	人	
視能訓練士(常勤換算)		.	人	事務職員(常勤換算)		.	人	
義肢装具士(常勤換算)		.	人	その他の職員(常勤換算)		.	人	
(21) 看護職員等の採用	区分	H28.4 採用募集人数		募集人数のうち採用内定者数				
(H28.4 から常勤職員として勤務する看護職員等の募集人数等について、該当する人数を記入してください。)	看護師		人			.	人	
	准看護師		人			.	人	
	助産師		人			.	人	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(22) 糖尿病診療スタッフの配置状況 (診療スタッフの常勤者の人数及び非常勤の有無について記入してください。)	区分		常勤	非常勤	
	01 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士		人	1 有 2 無	
	02 糖尿病の診療に従事する管理栄養士		人	1 有 2 無	
(23) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室(日帰り)の実施状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している				
	2 教育入院のみを実施している				
	3 日帰り教室のみを実施している				
	4 いずれも実施していない				
(24) 糖尿病指導の実施状況 (糖尿病指導について、それぞれ該当する番号を○で囲んでください。)		1自院のスタッフのみで実施	2自院のスタッフと外部から招いた職員等で実施	3外部から招いた職員のみで実施	4外部機関に委託等して実施
	01 運動指導	1	2	3	4
	02 栄養(食生活)指導	1	2	3	4
	03 禁煙指導	1	2	3	4
	04 生活指導	1	2	3	4
(25) 糖尿病にかかる関係機関との連携 (関係機関との連携状況すべてについて、該当する番号を○で囲んでください。なお、「1 有」を選択した場合は、右側の質問についても該当する番号すべてを○で囲んでください。)	01 医療機関との連携	1 有 <input type="checkbox"/>	1 症例検討 2 その他		
		2 無 <input type="checkbox"/>			
	02 保健所、市町村保健センターとの連携	1 有 <input type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画		3 検診の協力
		2 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力		4 その他
	03 職域、産業保健部門との連携	1 有 <input type="checkbox"/>	1 糖尿病関連会議等の参画		3 検診の協力
		2 無 <input type="checkbox"/>	2 講演、健康教育の協力		4 その他
(26) 周産期医療の状況 (周産期医療等について、該当する番号を○で囲んでください。)	01 周産期医療		1 実施している 2 実施していない		
	02 妊婦健診		1 実施している 2 実施していない		
	03 分娩の取扱い		1 実施している 2 実施していない		
	04 高度生殖医療(体外受精、顕微授精、凍結融解胚移植、胚胎胞移植など)		1 実施している 2 実施していない		
(27) 精神医療の対応状況 (精神医療のすべての項目における対応の可否について、該当する番号を○で囲んでください。)	精神医療の種類		対応の可否 該当番号に○		対応の場合 H28.6月分の件数
	1 精神科救急医療		1 可 2 否		件
	2 アルコール依存症の専門的診療		1 可 2 否		件
	3 薬物依存症の専門的診療		1 可 2 否		件
	4 児童・思春期精神疾患の専門的診療		1 可 2 否		件
	5 ストレス障害の専門的診療		1 可 2 否		件
	6 てんかんの専門的診療		1 可 2 否		件
	7 老年期精神疾患の専門的診療		1 可 2 否		件
	8 発達障害の専門的診療		1 可 2 否		件
	9 摂食障害の専門的診療		1 可 2 否		件
	10 高次脳機能障害の専門的診療		1 可 2 否		件
(28) 入院治療が必要となった場合に連携可能な精神科病院の有無 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 有 2 無				

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

<p>(29) うつ病が疑われる場合の他医療機関との連携の有無 <small>(該当する番号を1つ○で囲んでください。)</small></p>	<p>1 精神科医療機関と連携している 2 一般医療機関と連携している 3 自院で対応できるため連携していない 4 患者に任せており連携していない</p>				
<p>(30) 難病等対策について</p>	<p>1 レスピレーターを装着している入院患者数</p>	<p>[] 人 ※H28. 7. 1 時点でお答えください。</p>			
	<p>2 レスピレーターを装着している患者の入院受入対応について</p>	<p>1 対応できる 2 対応できない</p>			
<p>(31) リハビリテーション医療の実施状況 <small>(リハビリテーション医療について、該当する番号を○で囲み、また数値を記入してください。)</small></p>	<p>01 リハビリテーション医療について</p>		<p>1 実施している 2 実施していない</p>		
	<p>↓ 実施している場合は、病床数、該当する番号すべてを○で囲んでください。</p>				
	<p>02 リハビリテーション専用病床</p>				床
	<p>03 うち一般病床</p>				床
	<p>04 うち療養病床</p>				床
<p>05 うち回復期リハビリテーション病棟 <small>(回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の届出を行っているもの)</small></p>				床	
<p>(32) 災害対応の状況 <small>(災害対応のため、設置や備蓄を行っている事項について、該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small></p>	<p>1 自家発電装置 2 貯水設備 3 医薬品の備蓄</p>	<p>4 飲料水の備蓄 5 食料の備蓄 6 毛布の備蓄</p>	<p>7 簡易ベッド 8 非常用通信設備 9 非常用燃料</p>	<p>10 ヘリポート 11 医療救護班の編成 12 エアテント</p>	
<p>(33) 医療機関との連携の状況 <small>(連携の状況について、該当する番号を○で囲み、該当項目の箇所数を記入してください。)</small> また、今後について該当する番号を○で囲んでください。 ※連携の内容は問いません。</p>	<p>01 連携病院</p>	<p>1 有 <input type="text"/> 箇所 2 無</p>	<p>1 連携先を増やしたい 2 現状で十分</p>		
	<p>02 連携診療所</p>	<p>1 有 <input type="text"/> 箇所 2 無</p>	<p>1 連携先を増やしたい 2 現状で十分</p>		
	<p>03 紹介患者について、連携先との定期的報告や連絡等の相互連携の実施</p>		<p>1 行っている 2 行っていない</p>		

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(34) 患者紹介等の状況 (6 月中の該当件数・人数を記入してください。)	他の医療機関等への患者の診療情報の提供				
	01 地域医療支援病院への提供				件
	02 がん診療連携拠点病院への提供				件
	03 特定機能病院への提供				件
	04 その他の病院				件
	05 診療所				件
	06 市区町村・保健所・精神保健福祉センター				件
	07 精神障害者社会復帰施設				件
	08 介護保険施設				件
	09 指定居宅介護支援業事業者				件
	10 保険薬局				件
	患者の紹介・転送状況				
	11 貴院から病院へ紹介				人
	12 貴院から他の診療所へ紹介				人
	13 貴院から介護保険施設へ紹介				人
	14 病院からの紹介患者の受入				人
	15 他の診療所から紹介患者の受入				人
16 介護保険施設から紹介患者の受入				人	
(35) 外来患者への処方数 (6 月中の延べ回数を記入してください。)	01 院内処方数				回
	02 院外処方せん交付数				回
(36) ジェネリック医薬品 (ジェネリック医薬品について、該当する番号を○で囲んでください。)	01 ジェネリック医薬品の使用	1 使用している 2 使用していない 3 検討中			
	02 ジェネリック医薬品の院外処方箋の交付	1 交付している 2 交付していない 3 検討中			
(37) その他の状況 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 院内がん登録を実施している				
	2 セカンドオピニオン外来を実施している				
	3 セカンドオピニオンに係る診療情報を提供している				
	4 栄養食事指導(糖尿病に対する指導を除く)を実施している				

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(38) 電子カルテの導入等	1 電子カルテの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中			
	2 電子カルテの活用状況 (該当するすべての番号を○で 囲んでください。)	1 自施設内で活用	2 患者への治療方針の説明などに活用	3 他の医療機関との連携に活用	
(39) オーダリングシステムの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中				
(40) レセプト電算システムの導入	(該当する番号一つを○で囲んでください。) 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中				
(41) 遠隔医療システムの導入 (該当する番号を○で囲んでください。)	01 遠隔画像診断	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中
	02 遠隔病理診断	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中
	03 在宅療養支援	1 有	2 無	3 導入予定	4 検討中
(42) 受動喫煙防止対策の状況 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 敷地内を全面禁煙としている				
	2 施設内を全面禁煙としている				
	3 精神科・療養病棟・緩和ケア病棟については喫煙場所を設置し、分煙を図り、その他の病棟については、原則禁煙としている				
	4 喫煙場所を設置し、分煙を図っている				
	5 何も措置を講じていない				

御協力ありがとうございました。

統計法第24条により 平成 年 月 日 総務省に届出済 平成 年度宮城県統計第 号
--

宮城県医療機能調査票（歯科診療所）

平成28年7月1日現在

※市区町村コード	
----------	--

上欄には記入しないでください。

1 調査票記入者名

(1) 部署	
(2) 職名	
(3) 氏名	
(4) 連絡先 TEL	
(5) 連絡先 FAX	
(6) メールアドレス	

2 基礎項目

(1) 施設番号		「調査票の記入方法・返送方法等について」に記載の施設番号を記入してください。
(2) 施設名		
(3) 施設の住所	〒	
(4) 電話番号（代表） FAX番号（代表）	(電話番号 昼間) () — (電話番号 夜間) () — (FAX番号) () —	
(5) 休止・休診の状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 休止中 2 1年以上休診中 3 1年未満休診中 ※「休止」とは、医療法上の休止届を既に出してある状態。 ※「休診」とは、H28.7.1現在、休診の状態(年末年始の休診を除く)。 ※「1」又は「2」の施設は、「2 基礎項目」の「(1)施設名」～「(4)電話番号FAX番号」を記入し、それ以外は記入する必要はありません。「3」の施設は、すべての項目に可能な限り記入してください。	
(6) 病床数 (病床数を記入してください。)	床	
(7) 診療科目 (広告・標榜する診療科目について、該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 歯科 2 矯正歯科 3 小児歯科 4 歯科口腔外科	
(8) 初期救急医療体制への参加状況 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	1 休日等歯科診療所 2 在宅当番医制 3 していない	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(9) 従事者数

(H28.7.1の24時現在に在籍する下記の職種・有資格者すべてにかかる従事者の状況について、数字を記入してください(派遣労働者・一般従事者と同様の勤務状況の家族従事者を含む)。

複数の免許を有する場合又は複数の業務に従事している場合は、主な業務を1つ決め、該当する欄に計上してください。)

※非常勤の常勤換算について

- 1 非常勤(常勤換算)欄には、常勤以外の従事者について施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は32時間に切り上げ)により換算して記入してください。
- 2 勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所要の調整(例えば、月1回(4週に1回)のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗じるなど)をしてください。
- 3 当直にあたる者について換算する場合の分母は、施設で定めた1週間の勤務時間(32時間未満の場合は、32時間に切り上げ)の2倍としてください。換算後の数値は、小数点以下第2位を四捨五入し、表示は小数点以下第1位までとしますが、1人について1を超える場合は「1.0人」としてください。

<計算例>

例1 1週間の通常の勤務時間が30時間(32時間へ切り上げ)の診療所で、週3日・8時間勤務の者が1人の場合

$$\frac{8\text{時間} \times 3\text{日}}{32\text{時間}} = 0.75\text{人} \approx 0.8\text{人} (\text{小数点第2位を四捨五入})$$

例2 1週間の通常の勤務時間が40時間の診療所で、週2日・5時間勤務の者が1人と週3日・3時間勤務の者が3人いる場合

$$\frac{(2\text{日} \times 5\text{時間} \times 1\text{人}) + (3\text{日} \times 3\text{時間} \times 3\text{人})}{40\text{時間}} = 0.975\text{人} \approx 0.9\text{人} (\text{小数点第2位を四捨五入})$$

例3 計算の結果が、0.1人に満たない場合は、0.1人として換算。

職種		従事者数		職種		従事者数	
歯科	常勤		人	看護師	実人数		人
	非常勤(常勤換算)	.	人		(常勤換算)	.	人
医師	常勤		人	准看護師	実人数		人
	非常勤(常勤換算)	.	人		(常勤換算)	.	人
薬剤師(常勤換算)		.	人	歯科業務補助者(常勤換算)		.	人
歯科衛生士(常勤換算)		.	人	事務職員(常勤換算)		.	人
歯科技工士(常勤換算)		.	人	その他の職員(常勤換算)		.	人

(10) 在宅医療サービスの実施状況等

(在宅医療サービスの実施状況等について、該当する番号を○で囲み、また届け出月・件数・箇所数を記入してください。)

該当する番号をすべて○で囲んでください。

H27.7.1～H28.6.30(1年間)に在宅医療等を行った患者の延人数		人	
サービスの種類	実施状況 該当番号に○	対応可能な場合 H27.7.1～H28.6.30 (1年間)の延件数	
01 歯科訪問診療	1 あり 2 なし		件
02 訪問歯科衛生指導	1 あり 2 なし		件
02-01 指導を行っている歯科衛生士数			人
03 歯科疾患在宅療養管理	1 あり 2 なし		件
04 その他在宅医療サービス	1 あり 2 なし		件
05 施設協力歯科医療機関	1 あり 2 なし		
05-01 施設協力歯科医療機関が「あり」の場合は、該当する施設について番号を全て○で囲んでください。		1 介護療養型医療施設 2 介護老人保健施設 3 介護老人福祉施設 4 その他施設 ()	
在宅医療、介護サービスへの対応の可否	1 対応できる 2 対応できない		
在宅療養支援診療所の届出	1 届出済み (H 年 月) 2 届出予定有り 3 していない		
在宅医療で患者に対して実施している処置等 (該当するすべての番号を○で囲んでください。)	1 口腔ケア 2 摂食・嚥下障害に対するリハビリテーション 3 簡単な外科手術		

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(11) 専門医等 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。該当する場合その数も記載してください。)</small>	1 日本糖尿病協会登録歯科医師 (人) 2 口腔外科専門医 (人) 3 歯科麻酔専門医 (人)			
(12) 専門治療等の実施状況 <small>(対応可能な手術等について、該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 歯周外科手術 2 骨折・顎骨腫瘍手術等 3 インプラント手術 4 障害児(者)治療への対応 5 摂食・嚥下障害指導 6 病院の入院患者に対する専門的な口腔ケア等の実施			
(13) 保健事業 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 保健相談・指導 2 予防処置 3 自治体の委託健診 4 事業所等の委託健診			
(14) 歯科設備等 <small>(歯科診療台の台数を記入し、また各設備の有無について、該当する番号を○で囲んでください。)</small>	項目	設備の有無	台数	
	1 歯科診療台		台	
	2 デジタルX線装置	1 有 2 無		
	3 歯科用CT	1 有 2 無		
	4 下顎運動解析装置	1 有 2 無		
	5 歯科用実体顕微鏡	1 有 2 無		
	6 歯科用レーザー装置	1 有 2 無		
	7 口腔外バキューム	1 有 2 無		
	8 歯科技工室	1 有 2 無		
(15) 技工物の外注の状況 <small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small>	1 全部外注 2 一部外注 3 していない			
(16) 電子カルテの導入等	1 電子カルテの導入	<small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small> 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中		
	2 電子カルテの活用状況 <small>(該当するすべての番号を○で囲んでください。)</small>	1 自施設内で活用 2 患者への治療方針の説明などに活用 3 他の医療機関との連携に活用		
(17) オーダリングシステムの導入	<small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small> 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中			
(18) レセプト電算システムの導入	<small>(該当する番号一つを○で囲んでください。)</small> 1 有 2 無 3 導入予定 4 検討中			
(19) 遠隔医療システム	01 遠隔画像診断	1 有 2 無	3 導入予定	4 検討中
	02 遠隔病理診断	1 有 2 無	3 導入予定	4 検討中
	03 在宅療養支援	1 有 2 無	3 導入予定	4 検討中
(20) 外来患者への処方数 <small>(12月中の延べ回数を記入してください。)</small>	院内処方数		回	
	院外処方せん交付数		回	

該当する番号を○で囲み、または該当項目に数値を記入してください。該当がない場合は、空欄のまま提出してください。

(21) ジェネリック医薬品 (該当する番号一つを○で囲んでください。)	使用について	1 有	2 無	3 検討中
	院外処方せん	1 発行している	2 発行していない	3 検討中
(22) 受動喫煙防止対策の状況 (受動喫煙防止対策について、該当する番号を○で囲んでください。)	1 敷地内を全面禁煙としている			
	2 施設内を全面禁煙としている			
	3 喫煙場所を設置し、分煙を図っている			
	4 何も措置を講じていない			

御協力ありがとうございました。