

(様式5)

診療所施設表(一般)

1 診療所の概要

管轄保健センター名		実施年月日	
施設名		開設年月日	
開設者名		管理者氏名	
所在地	名古屋市	電話番号	
許可病床数		床	救急告示
			有・無
診療科名			

1-2 外来診療時間(標ぼう時間)

曜日	外来診療時間(標ぼう時間)		
月曜日			
火曜日			
水曜日			
木曜日			
金曜日			
土曜日			
日曜日			
記入例	内科・歯科 透析	9:00 ~ 12:00 8:00 ~ 22:00	17:00 ~ 20:00

1-3 敷地面積・診療所の面積

敷地面積	m ² (自己所有)	m ² 、賃借	m ²
診療所面積	m ² (自己所有)	m ² 、賃借	m ²

2 患者に関する事項

1日平均 患者数	外来	人	処方せん数(1日平均)	入院 外来(院内) 外来(院外)	件 件 件
	入院	人、新生児数	人	エックス線検査数(1日平均)	件

3 従事者に関する事項(医師・歯科医師・薬剤師の氏名等)

職種	氏名	免許証番号	診療日及び診療時間	勤務	
				常勤	非常勤

3-2 従事者に関する事項（その他の医療従事者及び事務職員の氏名等）

職 種	氏 名	免 許 証 番 号	勤 務 日 及 び 勤 務 時 間	勤 務	
				常 勤	非 常 勤

4 設備の概要

診 察 室	有・無	調 剤 所	有・無	給 食 施 設	有・無
処 置 室	有・無	エックス線装置	有・無	消 毒 施 設	有・無
手 術 室	有・無	分 べ ん 室	有・無	歯 科 技 工 室	有・無
臨 床 検 査 設 施	有・無	新 生 児 入 浴 施 設	有・無	血 液 透 析 装 置	有・無

5 業務委託

検 体 検 査 業	有・無	医 療 用 具 等 の 滅 菌 消 毒 業 務	有・無	患 者 給 食 業 務	有・無
医 療 機 器 の 保 守 点 検	有・無	寝 具 類 の 洗 濯 業 務	有・無	患 者 搬 送 業 務	有・無
医 療 ガ ス 供 給 設 備 の 保 守 点 検	有・無	感 染 性 廃 棄 物 処 理	有・無	施 設 清 掃 業 務	有・無

6 諸記録

区 分	診 療 録	処 方 せ ん	手 術 記 録	エックス線写真	放射線個人被ばく線量測定記録	漏洩線測定記録	麻薬簿	従業員の健康診断
備付有無等	電子・紙	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
保存期間 ()は保存が望ましい期間	5 年	(2年)	(2年)	(2年)	30年	5 年	2 年	5 年

7 健康診断実施

定 期	有・無	給食職員検便	有・無	放射線業務従事者	有・無
-----	-----	--------	-----	----------	-----

診療所施設表の記入について

- ① 1の「管轄保健センター名」及び「実施年月日」記入欄を除き、全ての欄にご記入をお願いいたします。
- ② 許可病床数については基準日現在でご記入ください。
- ③ 2における1日平均患者数については、基準日の前日より起算して過去1年間の平均値を算出の上ご記入ください。(例：基準日が令和 年 月 日であれば、平成 年 月 日から令和 年 月 日までの平均となります)
この際、外来については過去1年間の合計数を実診療日数で除し、入院については暦日で除して算出してください。
- ③-2 処方せん数については 年 月 日より起算して過去1年の合計数を入院分については暦日で、外来分については実診療日数で除した値をご記入ください。
- ③-3 エックス線検査数については 年 月 日より起算して過去1年の合計数を実診療日数で除した値をご記入ください。
- ④ 3、3-2の氏名等については、基準日現在でご記入ください。なお、職員名簿など既存の書類で同様の内容が確認できるものがありましたら、「別紙記載」としてご提出いただいても構いません。
また、3-2のその他の医療従事者及び事務職員の氏名等については、看護補助者、歯科助手、事務職員など資格を有さない者も含め全ての従事者について記入してください。
- ⑤ 数値の記入に際し、端数のあるものは、小数点第2位以下を切り捨ててください。