

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 山本 行  
 (FAX : 043-221-7379) **【本紙のみ1枚】**

**令和7年度 周産期母子医療センター運営事業計画書**

- 【  総合周産期母子医療センター  
 地域周産期母子医療センター 】

医療機関名	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

1. 令和6年度の病床数				
	申請病床数		事業月数	
		年度内に変更がある場合		年度内に変更がある場合
MFICU				
NICU				
GCU				

2. 搬送受入促進事業申請の有無				
<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	日	人/日	
対象経費	金額	算出根拠		
〇〇〇〇費				

(注) 近隣開業医等との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

3. 母体救命強化加算申請の有無				
<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し			
救命救急センターの指定状況	<input type="checkbox"/> 指定されている <input type="checkbox"/> 指定されていない			
関係診療科の有無	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 小児科(新生児科) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 ※各診療科に24時間医師がいるか( いる・いない(くない診療科名: ))			
対象経費	金額	算出根拠		
〇〇〇〇費				

(注) 救命救急センターや関係診療科との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

4. 麻酔科医配置加算申請の有無				
<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し			
センター内における麻酔科医の勤務状況	常勤・非常勤	専従・兼務	専任・非専任	確保月数 月
対象経費	金額	算出根拠		
〇〇〇〇費				

(注) 麻酔科医の配置がわかる資料を添付すること。

5. 臨床心理技術者配置加算申請の有無				
<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し			
センター内における臨床心理技術者の勤務状況	常勤・非常勤	専従・兼務	専任・非専任	確保月数 月
対象経費	金額	算出根拠		
〇〇〇〇費				

(注) 臨床心理技術者の配置がわかる資料を添付すること。