

千葉県知事

様

開 設 者 名

医 師 派 遣 依 頼 書

1 医師派遣依頼医療機関の概要

医療機関名											
開設者の種別	医療法人 国 市町村 一部事務組合 地方独立行政法人 その他の法人 個人										
所在地及び開設者氏名	〒					電話番号					
						FAX番号					
事務担当者	職・氏名					E-mail: (必須)					
所在地及び管理者氏名	〒					電話番号					
						FAX番号					
事務長又は課長	職・氏名					E-mail: (必須)					
事務担当者	職・氏名					E-mail: (必須)					
標榜科目  <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れること。	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 麻酔科					
	<input type="checkbox"/> 救急科	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )					
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )					
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )					
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )					
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )					
医療機関職員数	医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床検査技師	診療放射線技師	PT・OT・ST等	臨床工学技士	事務職員	その他の職員	
	常勤										
	非常勤										
医師数(再掲)	常勤換算後の医師数(人)			標準数(人)	充足率(%)		( 年 月 日現在)				
病床区分	合計	一般	療養	精神	結核	感染					
	許可病床数	床	床	床	床	床					
	病床利用率	%	%	%	%	%	年 月 日現在				
	平均在院日数	日	日	日	日	日					
一日平均患者数	合計	内科	外科	産科	産婦人科	小児科	救急科	( )科			
	入院	人	人	人	人	人	人	人			
	外来	人	人	人	人	人	人	人			
	( )科	( )科	( )科	( )科	( )科	( )科					
	入院	人	人	人	人	人	年 月 日現在				
	外来	人	人	人	人	人					

2 医師不足に起因した診療機能の低下が認められる、又はおそれがある項目

(1) 医師不足に起因する非稼働病床や休止している診療科がある、又はそのおそれがある場合

① 非稼働病床の状況

(非稼働病床とは、医療法上の許可を得ているが、実際には入院できる状態にない病床をいう)

病床区分	合計	一般	療養	精神
非稼働病床数	床	床	床	床
非稼働病床が生じた日				

② 休止している診療科あるいは予定している診療科

(休止している診療科とは、医療法に基づく開設許可事項中である診療科で現に休止しているものをいう。また、対象診療科は、千葉県保健医療計画に基づく「がん」、「脳卒中」、「心筋梗塞等の心血管疾患」、「糖尿病」、「精神疾患」、「救急医療」、「災害時における医療」、「周産期医療」及び「小児医療」を主に担うものとする。)

休止診療科						
対象診療分野 (該当する部分を○で囲むこと)	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療	①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療
休止日						

③ おそれがある場合

医師の退職予定者数	退職予定日	退職予定の医師の診療科	追加配置や新たな採用の用途	医師の1人当たりの1カ月の残業時間数		
				退職予定前 時間	退職後想定される時間 時間	
診療科の休止				病床閉鎖		その他
対象診療分野 (該当する部分を○で囲むこと)	診療科名	予定日	閉鎖予定病床数	予定日	特段の事情	
①がん、②脳卒中、③心筋梗塞等の心血管疾患、④糖尿病、⑤精神疾患、⑥救急医療、⑦災害時における医療、⑧周産期医療、⑨小児医療						

(2) 医師不足により救急患者の受入に支障が生じている、又はそのおそれがある場合

① 医師不足により救急患者の受入に支障が生じている

救急患者の受入に従事している医師数		救急患者の受入に従事している医師の1人当たりの1カ月の残業時間数	
退職前	退職後	退職前	退職後
人	人	時間	時間

② おそれがある場合

医師の退職予定者数	退職予定日	退職予定の医師の診療科	追加配置や新たな採用の用途	救急患者の受入に従事している医師の1人当たりの1カ月の残業時間数		その他
				退職予定前 時間	退職後想定される時間 時間	特段の事情

3 派遣依頼の内容

① 医師派遣を依頼することとなった理由(特に医師の動向を詳しく記載)

--

② 派遣を希望する診療科医師は、該当する□欄にチェックを付すこと。

- 内科                       外科                       産科                       産婦人科                       小児科  
 麻酔科                       救急科                       (                      )                       (                      )                       (                      )  
 (                      )                       (                      )                       (                      )                       (                      )                       (                      )

③ 派遣を希望する理由について、該当する□欄にチェックを付すこと。

- 退職( 月退職予定)                       退職後確保の目処がたたない( 月退職)  
 大学に戻ったあとの補充がない                       疾病治療(療養を含む)のため  
 その他(                      )

④ ①～③に係る診療科医師の動向を記載すること。(過去1年以内)

医師名	職名	年齢	在勤年数	出身大学	診療科	異動年月日

⑤ 派遣医師の勤務形態の欄にチェックを入れ、必要事項を記載すること。

希望する診療科ごとに記載すること(欄が足りない場合は追記すること)

[診療科名                      ] [人数                      名]

常勤

非常勤(下欄に記載できないときは、別紙を作成し添付願います。)

週(                      )回                      ⇒                      具体の曜日                      ⇒                      [                      ]

月(                      )回                      ⇒                      具体の曜日                      ⇒                      [                      ]

⑥ 派遣を依頼する期間を記入すること。

                     年                      月                      日                      ~                      年                      月                      日

⑦ 既に医師が派遣されている場合は、医師の所属情報を記入すること。

所属病院	
氏名	
診療科	

⑧ 希望する診療科ごとに派遣医師の勤務時間及び宿日直等の有無を記入すること。

[診療科名                      ]

平日(                      時                      分                      ~                      時                      分                      )

金曜日(                      時                      分                      ~                      時                      分                      )

土曜日(                      時                      分                      ~                      時                      分                      )

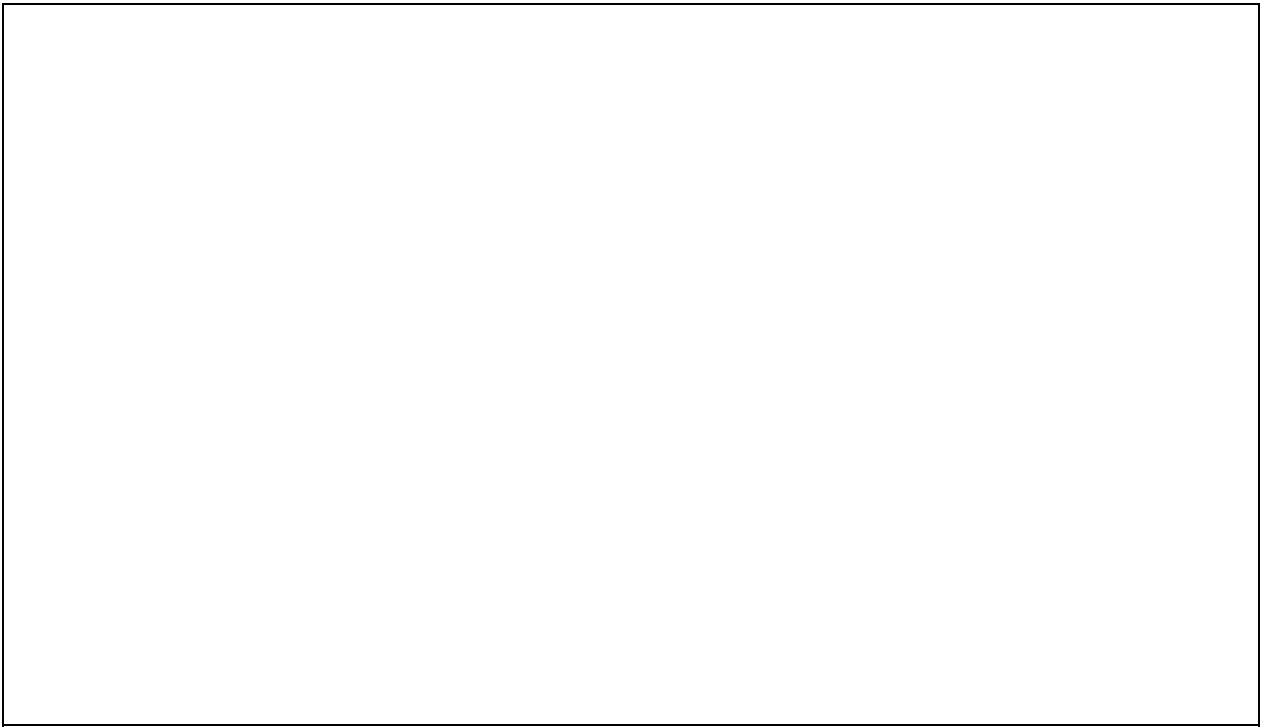
日曜日(                      時                      分                      ~                      時                      分                      )

日直あり・なし                       日・宿直あり                       オンコール体制

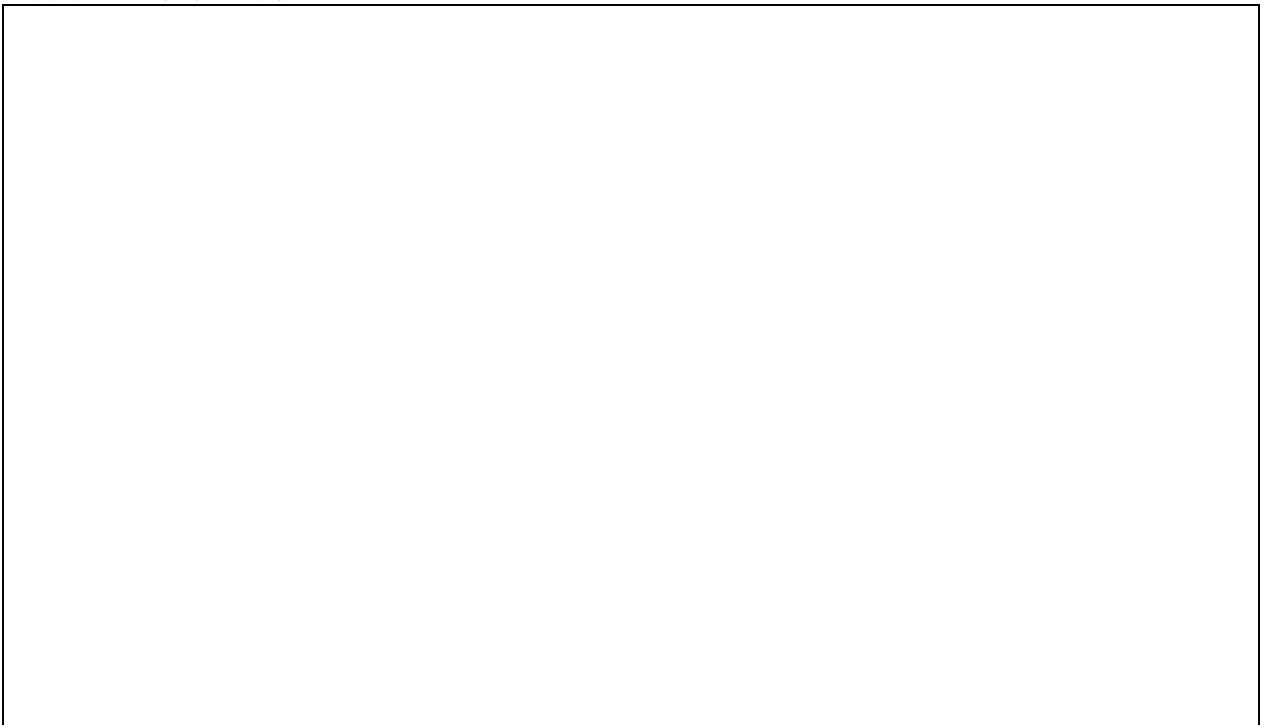
宿直あり・なし                       日・宿直なし                       その他(                      )



7 医師派遣による診療機能向上に関する展望



8 医療従事者の勤務環境の改善の方策



9 補助終了後の医師確保の方策