

2025年における医療機関ごとの具体的対応方針に関する調査票

医療機関名		
医療機関所在地		
担当者	部署	
	氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	

1. 2025年に貴院が担う役割（予定を含む）に○をつけてください。

がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急	災害	周産期	小児	在宅	その他

「その他」を選択した場合又は補足がある場合、以下に具体的な内容を記入してください。

--

2. 現在と2025年の機能別病床数及び現在の開設許可病床数を記入してください。

	2020年7月1日時点（床）	2025年の見込み（床）
高度急性期		
急性期		
回復期		
慢性期		
休棟・廃止予定等		
介護保険施設等へ移行予定		
合計		

※ 「2020年7月1日時点」欄には、令和2年度病床機能報告の報告数を記入してください。

2025年に向けて病床機能を変更する予定の場合、理由等を記入してください。

--