

令和5年度外来機能報告 報告様式1

- 必須項目は、記入欄を太枠で囲んでいます。
- 任意の報告項目についてご報告いただく場合には、当該項目のすべての設間にご記入ください。
- 記入欄が**オレンジ**に塗りつぶされた項目は、病床機能報告と共通の設問です。病床機能報告で報告する場合は省略可能です。

【基本情報】										
① 病床・外来管理番号					② 貴院名					
③ 医療機関住所		〒 _____ - _____								
④ 報告担当者	氏名（漢字）				連絡先	電話番号	市外局番	_____	_____	
	氏名（ひらがな）					FAX番号	市外局番	_____	_____	
	部署名					e-mail	_____@_____			
⑤ 病床機能報告の報告対象機関の該当有無		1.報告対象 2.報告対象外 ※1.の場合は、病床機能報告と重複する設間は省略可 設問番号：(1)、(53)～(64)、(68)～(90)							⇒	
1. 設置主体 【令和5年7月1日時点】（無床診療所のみご回答ください）										
1. 厚生労働省 2. 独立行政法人国立病院機構 3. 国立大学法人 4. 独立行政法人労働者健康安全機構 5. 国立高度専門医療研究センター 6. 独立行政法人地域医療機能推進機構 7. その他（国） 8. 都道府県 9. 市町村 10. 地方独立行政法人 11. 日赤 12. 済生会 13. 北海道社会事業協会 14. 厚生連 15. 国民健康保険団体連合会 16. 健康保険組合及びその連合会 17. 共済組合及びその連合会 18. 国民健康保険組合 19. 公益法人 20. 医療法人 21. 私立学校法人 22. 社会福祉法人 23. 医療生協 24. 会社 25. その他の法人 26. 個人										
								該当番号 ⇒	(1)	<input type="text"/>
2. 病院・有床診療所・無床診療所の種別 【令和5年7月1日時点】					1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所 該当番号 ⇒ (2)					

3. 外来を行っている診療科 【令和5年7月1日時点】(3)~(46)

※外来を実施している診療科全てをご選択ください。
 ※該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。
 なお、読み替えが困難な場合は、「44. その他の診療科」をご選択ください。

<input type="checkbox"/> 1. 内科	<input type="checkbox"/> 2. 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 3. 循環器内科	<input type="checkbox"/> 4. 消化器内科（胃腸内科）
<input type="checkbox"/> 5. 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 6. 神経内科	<input type="checkbox"/> 7. 糖尿病内科（代謝内科）	<input type="checkbox"/> 8. 血液内科
<input type="checkbox"/> 9. 皮膚科	<input type="checkbox"/> 10. アレルギー科	<input type="checkbox"/> 11. リウマチ科	<input type="checkbox"/> 12. 感染症内科
<input type="checkbox"/> 13. 小児科	<input type="checkbox"/> 14. 精神科	<input type="checkbox"/> 15. 心療内科	<input type="checkbox"/> 16. 外科
<input type="checkbox"/> 17. 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 18. 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 19. 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 20. 気管食道外科
<input type="checkbox"/> 21. 消化器外科（胃腸外科）	<input type="checkbox"/> 22. 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 23. 肛門外科	<input type="checkbox"/> 24. 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 25. 整形外科	<input type="checkbox"/> 26. 形成外科	<input type="checkbox"/> 27. 美容外科	<input type="checkbox"/> 28. 眼科
<input type="checkbox"/> 29. 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 30. 小児外科	<input type="checkbox"/> 31. 産婦人科	<input type="checkbox"/> 32. 産科
<input type="checkbox"/> 33. 婦人科	<input type="checkbox"/> 34. リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 35. 放射線科	<input type="checkbox"/> 36. 麻酔科
<input type="checkbox"/> 37. 病理診断科	<input type="checkbox"/> 38. 臨床検査科	<input type="checkbox"/> 39. 救急科	<input type="checkbox"/> 40. 歯科
<input type="checkbox"/> 41. 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 42. 小児歯科	<input type="checkbox"/> 43. 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 44. その他の診療科

4. 紹介受診重点医療機関となる意向の有無

※意向がある場合チェックボックスにチェックをしてください。 ⇒ (47)

5. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率） 【令和4年7月1日～令和5年3月31日の9か月】

※紹介・逆紹介の状況についての有床診療所・無床診療所の回答は任意となります。
 ※「1年間」の欄には、令和4年7月1日～令和5年3月31日の9か月の値が表示されます。

①-1 初診患者数（単位：人）※有床診療所・無床診療所の回答は任意 (48)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

①-2 紹介患者数（単位：人）※有床診療所・無床診療所の回答は任意 (49)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

①-3 逆紹介患者数（単位：人）※有床診療所・無床診療所の回答は任意 (50)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

①-4 紹介率（紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）（単位：％）《自動計算により算出》 (51)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

①-5 逆紹介率（逆紹介患者数÷初診患者数×100 小数点第二位を四捨五入）（単位：％）《自動計算により算出》 (52)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

② 外来における人材の配置状況 【令和5年7月1日時点】

※病床機能報告の様式1施設票および様式1診療所票で「外来部門の職員数」を報告する場合、重複項目は**省略可能**です。
 （専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目となります）。
 ※勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上してください。
 複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上してください。
 （病床機能報告と同様の計上方法）
 ※医師については**施設全体の人数**を報告してください。
 ※専門看護師、認定看護師及び特定行為研修修了看護師に係る項目への有床診療所の回答は任意となります。
 ※無床診療所の回答はいずれの項目も任意となります。

		常勤 従事者の実人数		非常勤 従事者の常勤換算 (小数点第2位四捨五入)		常勤 従事者の実人数		非常勤 従事者の常勤換算 (小数点第2位四捨五入)	
(53)	医師		人		人	(54)	看護師		人
(55)	准看護師		人		人	(56)	看護補助者		人
(57)	助産師		人		人	(58)	理学療法士		人
(59)	作業療法士		人		人	(60)	言語聴覚士		人
(61)	薬剤師		人		人	(62)	臨床工学技士		人
(63)	管理栄養士		人		人	(64)	救急救命士		人
(65)	専門看護師	※有床診療所・無床診療所の回答は任意							人
(66)	認定看護師	※有床診療所・無床診療所の回答は任意							人
(67)	特定行為研修修了看護師	※有床診療所・無床診療所の回答は任意							人

③ 高額等の医療機器・設備の保有状況【令和5年7月1日時点】					
※病床機能報告の様式1施設票と様式1診療所票で「医療機器の台数」を報告する場合は省略可能です。 ※無床診療所の回答は任意となります。					
③-1 CT	マルチスライスCT	64列以上	(68)		台
		16列以上64列未満	(69)		台
		16列未満	(70)		台
	その他のCT（上記の多列検出器CT以外のCT）		(71)		台
③-2 MRI	3テスラ以上		(72)		台
	1.5テスラ以上3テスラ未満		(73)		台
	1.5テスラ未満		(74)		台
③-3 その他の医療機器	血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィ法を行う装置）		(75)		台
	SPECT		(76)		台
	マンモグラフィ		(77)		台
	PET		(78)		台
	PETCT		(79)		台
	PETMRI		(80)		台
	ガンマナイフ		(81)		台
	サイバーナイフ		(82)		台
	強度変調放射線治療器（IMRT）		(83)		台
	遠隔操作式密封小線源治療装置		(84)		台
	内視鏡手術用支援機器		(85)		台

6. 救急医療の実施状況 【令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間】

※病床機能報告の様式1施設票と様式1診療所票で「救急医療の実施状況」を報告する場合は**省略可能**です。
 ※休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日を指します。
 ※夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。
 ※休日の夜間に受診した患者については、休日に受診した患者延べ数にのみ計上してください。
 ※無床診療所の回答は任意となります。

① 休日に受診した患者延べ数（単位：人） ※無床診療所の回答は任意 (86)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記①のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数（単位：人） ※無床診療所の回答は任意 (87)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

② 夜間・時間外に受診した患者延べ数（単位：人） ※無床診療所の回答は任意 (88)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

上記②のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数（単位：人） ※無床診療所の回答は任意 (89)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

③ 救急車の受入件数（単位：件） ※無床診療所の回答は任意 (90)

1年間	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月



【令和4年4月1日～令和5年3月31日の1年間】の1年間分の状況を令和5年7月1日時点で報告することが困難な場合は、下の項目にチェックを入れて、令和5年7月1日時点で「月単位」で報告が可能な過去の期間をご記入ください。本様式で過去1年間の状況を報告する項目では、ご記入いただいた対象期間における状況についてご記入ください。

「月単位」で報告が可能な過去の期間 (91)

令和4年4月1日～令和5年7月1日の間に 報告困難な時期あり	⇒	令和		年		月	1日	～	令和		年		月	末日
-----------------------------------	---	----	--	---	--	---	----	---	----	--	---	--	---	----

その他、ご報告にあたっての特記事項【自由記入欄】 (92)

※(53)～(90)の記入欄のうち、無記入のものはゼロとみなします。

SAMPLE