

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（施設票）**

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するのためのものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※本調査票は、貴施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。
 ※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。() 内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。
 ※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設主体	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人					
②許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計
	床	床	床	床	床	床
③病院の種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院			
④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○	3. 小児救急医療拠点病院		4. 災害拠点病院			
	5. がん診療連携拠点病院		6. その他（具体的に)			
⑤DPC対応	1. DPC対象病院			2. DPC準備病院		
	3. 対応していない					
⑥標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科			
	4. 脳神経外科	5. 小児科	6. 産婦人科・産科・婦人科			
⑦病院の体制：あるもの ※あてはまる番号すべてに○	7. 呼吸器科	8. 消化器科	9. 循環器科			
	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科			
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 救急科			
	16. その他（具体的に)					
	1. 地域連携室の設置		2. 24時間の画像診断体制			
	3. 24時間の検査体制		4. 24時間の調剤体制			
⑧勤務医負担軽減対策計画の 策定状況	1. 既に策定済み 2. 現在策定中である 3. 策定していない					
⑨診療録電子カルテの導入状況	1. 導入している → 導入時期：平成()年()月 2. 導入していない					