

実態調査票(都道府県)

【基本情報】

都道府県・部局	都道府県名		部局名		課室名	
連絡先	(TEL)		(FAX)			

【地域医療支援病院関係】

1. 地域医療支援病院の承認

①都道府県及び都道府県医療審議会における整備の考え方	以下から選択してください。 A. 各二次医療圏に原則1箇所ずつ整備したいと考えている。 B. 「二次医療圏ごとに1箇所」にこだわらず整備したいと考えている。 C. その他(↓下欄に記入してください。)	回答欄	
----------------------------	---	-----	--

C. その他	(自由記載)
--------	--------

②都道府県及び都道府県医療審議会における承認の考え方	以下から選択してください。 A. 承認要件を満たせば原則承認することとしている。 B. 承認要件を満たしていても、直ちに承認しないこととしている。 B-1. 二次医療圏内の人口を勘案することとしている。 B-2. 既に地域医療支援病院が存在する二次医療圏において、複数箇所の設置は慎重に検討することとしている。 B-3. その他(↓下欄にご記入願います。) C. 承認要件を満たしていなくても、承認する場合があることとしている。 C-1. 当該二次医療圏に要件を満たす病院が無く、地勢的に必要と判断される場合、承認することとしている。 C-2. その他(↓下欄に記入してください。)	回答欄	
----------------------------	---	-----	--

B-3. その他	(自由記載)
----------	--------

C-2. その他	(自由記載)
----------	--------

3. 承認後のフォローの状況

承認後のフォロー	以下から選択してください。 A. 毎年の業務報告により、承認要件を満たしているかどうか確認している。 B. A. に加え、適宜、現地調査を実施している。 C. その他(↓下欄に記入してください。)	回答欄	
----------	---	-----	--

C. その他	(自由記載)
--------	--------

4. 地域医療支援病院制度に関する御意見、御提言等を記入してください。(自由記載)

--

【特定機能病院関係】

医療計画における特定機能病院の位置づけ

特定機能病院の位置づけ	以下から選択してください。 A. 特に位置づけていない。 B. 位置づけている。(↓下欄に記入してください。)	回答欄	
B.位置付けの内容	(自由記載)		