



指定統計第65号

## 医療施設静態調査

## 一般診療所票

厚生労働省

(平成20年10月1日現在)

※ 整理番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 保健所 符号					
----------------	--	--	--	--	--

※ 市区町村 符号					
-----------------	--	--	--	--	--

注:※印の箇所は、記入しないでください。

(1) 施設の所在地	〒	TEL	(3) 休止・休診の 状況
(2) 施設名			

(4) 開設者 あてはまるものひとつに○		(8) 診療科目 あてはまるものすべてに○					
01 厚生労働省 02 独立行政法人国立病院機構 03 国立大学法人 04 独立行政法人労働者健康福祉機構 05 その他 06 都道府県 07 市町村 08 地方独立行政法人 09 日赤 10 済生会 11 北海道社会事業協会 12 厚生連 13 国民健康保険団体連合会 14 全国社会保険協会連合会 15 厚生年金事業振興団 16 船員保険会 17 健康保険組合及びその連合会 18 共済組合及びその連合会 19 国民健康保険組合 20 公益法人 21 医療法人 22 私立学校法人 23 社会福祉法人 24 医療生協 25 会社 26 その他の法人 27 個人	国	01 内科 02 呼吸器内科 03 循環器内科 04 消化器内科(胃腸内科) 05 腎臓内科 06 神経内科 07 糖尿病内科(代謝内科) 08 血液内科 09 皮膚科 10 アレルギー科 11 リウマチ科 12 感染症内科 13 小児科 14 精神科 15 心療内科 16 外科 17 呼吸器外科 18 循環器外科(心臓・血管外科) 19 乳腺外科 20 気管食道外科 21 消化器外科(胃腸外科) 22 泌尿器科 23 肛門外科 24 脳神経外科 25 整形外科 26 形成外科 27 美容外科 28 眼科 29 耳鼻いんこう科 30 小児外科 31 産婦人科 32 産科 33 婦人科 34 リハビリテーション科 35 放射線科 36 麻酔科 37 病理診断科 38 臨床検査科 39 救急科 40 歯科 41 矯正歯科 42 小児歯科 43 歯科口腔外科	I	II	III		
(5) 許可病床数							
療養病床	床						
介護保険適用分(再掲)	床						
一般病床	床						
合計	床						
(6) 社会保険診療等の状況 いずれかに○							
1 保険医療機関又は保険医							
2 自由診療のみ							
(7) 主たる診療科目							
二つ以上の科目を標ぼうしている場合、 主たる診療科目の番号を「(8) 診療科目」から ひとつ選んで記入してください。 記入例 <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>		0	1	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
0	1						

(9) 診療状況		(15) 委託の状況		全部委託		一部委託		委託して いない
		あてはまるものひとつに○		院内委託	院外委託	院内委託	院外委託	
9月30日の在院患者数	人	給食(患者用)		1	2	3	4	5
9月中に新たに入院した患者数	人	滅菌(治療用具)		1	2	3	4	5
9月中の退院患者数	人	保守点検業務(医療機器)		1	2	3	4	5
9月中の外來患者延数	人	検体検査		1	2	3	4	5
初診の患者の数(再掲)	人	感染性廃棄物処理		1		2		3
診療時間外に受診した患者の延数(再掲)	人	清掃		1		2		3
うち乳幼児(3歳未満)の延数	人							
(10) 診療所の種類 いずれかひとつに○		(16) 受動喫煙防止対策の状況 いずれかひとつに○						
1 一般診療業務を主とする		1 敷地内を全面禁煙としている						
2 相談・指導業務を主とする		2 施設内を全面禁煙としている						
3 採血及び供血を主とする		3 喫煙場所を設置し、非喫煙場所に煙が流れ出ないよう措置している						
4 検診業務(集団・個別)を主とする		4 その他(1~3以外の措置を講じている)						
5 検査業務を主とする		5 何ら措置を講じていない						
6 人工透析を主とする		(17) 禁煙外来等 各項目について、いずれかひとつに○						
7 巡回診療を主とする		禁煙外来の有無						
8 休日夜間急患センター		1 有						
9 介護保険サービス提供を主とする		2 無						
(11) 期間診療所等 あてはまるものすべてに○		ニコチン依存症管理料の算定						
1 特定の期間(季節)にのみ診療を行う診療所		1 有						
2 事業所内の診療所		2 無						
3 市町村保健センター内の診療所		(18) 退院調整支援担当者 いる場合は10月1日現在の人数を記入してください。						
4 該当なし		1 いる ( ) 人 *退院調整加算の施設基準を満たす場合のみ						
(12) 健診・保健指導 実施している場合は、あてはまるものすべてに○		2 いない						
生活習慣病に関連する健診	生活習慣病に関連する保健指導	(19) レセプト処理用コンピューター いずれかひとつに○						
1 実施している	1 実施している	1 使用している						
1 医療保険者からの委託による	1 医療保険者からの委託による	2 していない						
2 その他	2 その他	(20) 電子カルテシステムの導入状況						
2 実施していない	2 実施していない	1 医療機関全体として導入している			活用状況の範囲			
(13) 救急医療体制 各項目について、いずれかひとつに○		2 医療機関内の一部に導入している			1 自施設内			
救急告示の有無	1 有 2 無	3 具体的な導入予定がある			2 患者へ情報提供			
在宅当番医制	1 有 2 無	4 導入予定なし			3 他の医療機関等と連携			
精神科救急医療体制	1 有 2 無			導入予定時期				
夜間(深夜も含む)救急対応の可否	1 ほぼ毎日可能 2 週3~5日可能 3 週1~2日可能 4 ほとんど不可能			1 平成20年度 2 平成21年度 3 平成22年度 4 平成23年度以降				
(14) 表示診療時間の状況		(21) 遠隔医療システムの導入状況						
通常の一週間の診療時間 ( 時間 )		遠隔画像診断						
表示診療時間 平日は、診療時間が同じ曜日 に○をつけ、まとめて記入して ください。		通常診療している時間帯に○をつけ、 「3」に○をつけた場合は、括弧内に18時以降の 表示診療時間を記入してください。		1 有		受信 依頼元施設数 ( 施設 )		
		午前	午後	18時以降	↳ 送信 依頼元施設数 ( 施設 )			
平日	(月・火・水・木・金)	1	2	3 ( 時 分 迄 )	2 無			
	(月・火・水・木・金)	1	2	3 ( 時 分 迄 )	遠隔病理診断			
	(月・火・水・木・金)	1	2	3 ( 時 分 迄 )	1 有		受信 依頼元施設数 ( 施設 )	
	(月・火・水・木・金)	1	2	3 ( 時 分 迄 )	↳ 送信 依頼元施設数 ( 施設 )			
	(月・火・水・木・金)	1	2	3 ( 時 分 迄 )	2 無			
土曜日	1	2	3 ( 時 分 迄 )	在宅療養支援				
日曜日	1	2	3 ( 時 分 迄 )	1 有 → 受信 依頼元患者数 ( 人 )				
休日	1	2	3 ( 時 分 迄 )	2 無				

(22) 医療安全体制 各項目について、あてはまるものひとつに○ *医療安全に関する体制の責任者について、専任・兼務の別を記入してください。					(25) 検査等の実施状況 *患者数には手術に伴うものを含む。		9月中の患者数	装置の台数	
責任者の資格と専任・兼務の別	医療安全体制(全般)	院内感染防止対策	医療機器安全管理	医薬品安全管理	骨塩定量測定	01	人		
医師	1	1	1	1	気管支内視鏡検査*	02	人		
歯科医師	2	2	2	2	上部消化管内視鏡検査*	03	人		
薬剤師	3	3	3	3	大腸内視鏡検査*	04	人		
看護師	4	4	4	4	血管連続撮影	05	人		
診療放射線技師	5	5	5		DSA(再掲)	06	人		
臨床検査技師	6	6	6		循環器DR(再掲)	07	人		
臨床工学技士	7	7	7		マンモグラフィ	08	人	台	
その他	8	8			RI検査(シンチグラム)	09	人	台	
配置していない	9	9			SPECT(再掲)	10	人	台	
*専任・兼務	専任	1	1	1	PET	PET	11	人	台
	兼務	2	2	2		PETCT	12	人	台
	医療機器と医薬品安全管理責任者を兼務(再掲)			3	CT	マルチスライスCT	13	人	台
						その他のCT	14	人	台
院内感染防止対策のための施設内回診の頻度					MRI	1.5テスラ以上	15	人	台
1 ほぼ毎日						1.5テスラ未満	16	人	台
2 週1回以上									
3 月2~3回程度						3D画像処理	17	人	
4 月1回程度						冠動脈CT・心臓MRI(再掲)	18	人	
5 月1回未満					(26) 手術等の実施状況		9月中の実施件数		
患者相談担当者の配置の有無					全身麻酔(静脈麻酔は除く)		01	件	
1 有					内視鏡下消化管手術		02	件	
2 無					悪性腫瘍手術		03	件	
(23) 歯科設備 保有しているものすべてに○					胃がん(再掲)		04	件	
1 歯科診療台 ( 台)					胆嚢がん(再掲)		05	件	
2 パノラマX線装置					大腸がん(再掲)		06	件	
3 オートクレーブ					前立腺がん(再掲)		07	件	
4 生体モニター					乳がん(再掲)		08	件	
5 超音波歯石除去器					子宮がん(再掲)		09	件	
6 口腔内画像処理システム					外来化学療法		10	件	
7 吸入鎮静装置					人工透析		11	件	
(24) 在宅医療サービスの実施状況 併設施設によるサービスを除く。 実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。					(人工透析装置の台数)			台	
医療保険等による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない					分娩(正常分娩を含む)		12	件	
往診					帝王切開娩出術(再掲)		13	件	
在宅患者訪問診療					分娩の取扱				
歯科訪問診療					1 取り扱っている				
救急搬送診療					担当医師数(常勤換算) ( . 人)			小数点以下第2位四捨五入	
在宅患者訪問看護・指導					担当助産師数(常勤換算) ( . 人)				
精神科在宅患者訪問看護・指導					2 取り扱っていない				
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理					(27) 放射線治療の実施状況				
訪問看護ステーションへの指示書の交付					患者数は、照射録の枚数又は検査伝票を元に記入してください。		9月中の患者数	装置の台数	
在宅看取り					放射線治療(体外照射)		1	人	
介護保険による在宅サービス 1 実施している 2 実施していない					ガンマナイフ・サイバーナイフ(再掲)		2	人	
居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)					放射線治療(腔内・組織内照射)		3	人	
訪問看護(介護予防サービスを含む)					(28) 処方の状況 9月中の実施状況				
訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)					外来患者への処方数		院内処方数	回	
在宅療養支援診療所の届出 いずれかに○ 施設数には自施設を含む。					9月中の延回数		院外処方せん交付数	回	
1 有					医療用麻薬の処方		1 有	2 無	
連携保険医療機関等の数 ( 施設)									
受け持つ在宅療養患者の数 ( 人)									
2 無									

(29) 従事者数 (常勤換算は小数点以下第2位を四捨五入)

医師	常勤	01	人
	非常勤(常勤換算)	02	. 人
歯科医師	常勤	03	人
	非常勤(常勤換算)	04	. 人
介輔(沖縄県のみ)	(常勤換算)	05	. 人
薬剤師	(常勤換算)	06	. 人
保健師	実人員	07	人
	(常勤換算)	08	. 人
助産師	実人員	09	人
	(常勤換算)	10	. 人
看護師	実人員	11	人
	(常勤換算)	12	. 人
准看護師	実人員	13	人
	(常勤換算)	14	. 人
看護業務補助者	(常勤換算)	15	. 人
理学療法士	(常勤換算)	16	. 人
作業療法士	(常勤換算)	17	. 人
視能訓練士	(常勤換算)	18	. 人
義肢装具士	(常勤換算)	19	. 人
歯科衛生士	(常勤換算)	20	. 人
歯科技工士	(常勤換算)	21	. 人
社会福祉士	(常勤換算)	22	. 人
介護福祉士	(常勤換算)	23	. 人
言語聴覚士	(常勤換算)	24	. 人
精神保健福祉士	(常勤換算)	25	. 人
診療放射線技師	(常勤換算)	26	. 人
診療エックス線技師	(常勤換算)	27	. 人
臨床検査技師	(常勤換算)	28	. 人
衛生検査技師	(常勤換算)	29	. 人
臨床工学技士	(常勤換算)	30	. 人
あん摩マッサージ指圧師	(常勤換算)	31	. 人
柔道整復師	(常勤換算)	32	. 人
栄養士	(常勤換算)	33	. 人
その他の技術員	(常勤換算)	34	. 人
医療社会事業従事者	(常勤換算)	35	. 人
事務職員	(常勤換算)	36	. 人
その他の職員	(常勤換算)	37	. 人

記入者

(所属)

(氏名)

備考

ご協力ありがとうございました