



|                                   |          |          |   |   |    |         |         |         |         |           |
|-----------------------------------|----------|----------|---|---|----|---------|---------|---------|---------|-----------|
| (9) 診療状況                          |          |          | (17) 表示診療時間の状況<br>合計は時間単位とし、01～59分の分単位は全て0.5時間とみなし記入してください。         |   |    |         |         |         |         |           |
| 9月30日24時現在の在院患者数                  |          |          | 通常の1週間の診療時間   |   |    |         |         |         |         |           |
| 9月中の退院患者数                         |          |          | 表示診療時間 通常診療している時間帯すべてに○をつけてください。                                    |   |    |         |         |         |         |           |
| 9月中の外来患者延数                        |          |          | 曜日  | 午前  | 午後 | 18時～19時 | 19時～20時 | 20時～21時 | 21時～22時 | 22時以降     |
| 初診の患者の数(再掲)                       |          |          | 月曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| (10) 処方の状況等<br>9月中の実施状況を記入してください。 |          |          | 火曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| 外来患者への処方数<br>(9月中の延回数)            | 院内処方数    | 回        | 水曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
|                                   | 院外処方箋交付数 | 回        | 木曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| 医療用麻薬の処方                          | 1 有      |          | 金曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
|                                   | 2 無      |          | 土曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| (11) 診療所の種類<br>いずれかひとつに○          |          |          | 日曜日   | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| 1 一般診療業務を主とする                     |          |          | 休日  | 1   | 2  | 3       | 4       | 5       | 6       | 7         |
| 2 相談・指導業務を主とする                    |          |          | (18) 受動喫煙対策の状況<br>各項目について、いずれかひとつに○                                 |   |    |         |         |         |         |           |
| 3 採血及び供血を主とする                     |          |          | 敷地内を全面禁煙  | 1 禁煙にしている<br>2 禁煙していない                                    |    |         |         |         |         |           |
| 4 検診業務(集団・個別)を主とする                |          |          | 特定屋外喫煙場所を設置   | 1 設置している<br>2 設置していない                                     |    |         |         |         |         |           |
| 5 検査業務を主とする                       |          |          | (19) 診療録電子化(電子カルテ)の状況   |   |    |         |         |         |         |           |
| 6 人工透析を主とする                       |          |          | 1 診療所全体で電子化している   | 電子化<br>予定時期<br>1 令和2年度<br>2 令和3年度<br>3 令和4年度<br>4 令和5年度以降 |    |         |         |         |         |           |
| 7 巡回診療を主とする                       |          |          | 2 診療所内の一部で電子化している   |   |    |         |         |         |         |           |
| 8 休日夜間急患センター                      |          |          | 3 今後電子化する予定がある  |   |    |         |         |         |         |           |
| 9 介護保険サービス提供を主とする                 |          |          | 4 電子化する予定なし   |   |    |         |         |         |         |           |
| (12) 期間診療所等<br>あてはまるものすべてに○       |          |          | (13) 退院調整支援担当者<br>いる場合は10月1日現在の人数を記入してください。                         |   |    |         |         |         |         |           |
| 1 特定の期間(季節)にのみ診療を行う診療所            |          |          | 1 いる (      人 ) *入退院支援加算の施設基準を満たす場合のみ                               |   |    |         |         |         |         |           |
| 2 事業所内の診療所                        |          |          | 2 いない   |   |    |         |         |         |         |           |
| 3 市町村保健センター内の診療所                  |          |          | (20) 医療情報の電子化の状況  |   |    |         |         |         |         |           |
| 4 該当なし                            |          |          | (19) 診療録電子化(電子カルテ)を「1 電子化している」または「2 一部で電子化している」を選択している場合のみ記入してください。 |   |    |         |         |         |         |           |
| (14) 救急医療体制<br>各項目について、いずれかひとつに○  |          |          | データの保管を行う場所<br>あてはまるものすべてに○   |   |    |         |         |         |         |           |
| 救急告示の有無                           | 1 有      | 2 無      | 1 医療機関内にあるサーバ機器等で保管   |   |    |         |         |         |         |           |
| 在宅当番医制                            | 1 有      | 2 無      | 2 外部の事業者に委託して保管   |   |    |         |         |         |         |           |
| 精神科救急医療体制                         | 1 体制あり   | 2 体制なし   | ASP・SaaS(クラウド型)利用の有無<br>1 有      2 無                                |   |    |         |         |         |         |           |
| 夜間(深夜も含む)の救急対応                    | 対応している   |          | データの利用範囲<br>いずれかひとつに○   |   |    |         |         |         |         |           |
|                                   | 1 ほぼ毎日   | 2 ほぼ毎日以外 |   |   |    |         |         |         |         | 3 対応していない |
| (15) 専門外来の設置<br>あてはまるものすべてに○      |          |          | 1 自施設内のみで利用   |   |    |         |         |         |         |           |
| 1 禁煙外来                            |          |          | 2 他の医療機関等と連携して利用  |   |    |         |         |         |         |           |
| 2 助産師外来                           |          |          | 他の医療機関等とのネットワークの有無<br>1 有      2 無                                  |   |    |         |         |         |         |           |
| (16) 委託の状況<br>あてはまるものひとつに○        |          |          | 患者への情報提供の方法<br>あてはまるものすべてに○   |   |    |         |         |         |         |           |
| 給食(患者用)                           | 1        | 2        | 3   | 1 紙面・フィルム等により情報提供している                                     |    |         |         |         |         |           |
| 滅菌(治療用具)                          | 1        | 2        | 3   | 2 電子的な方法でデータ自体を提供している                                     |    |         |         |         |         |           |
| 保守点検業務(医療機器)                      | 1        | 2        | 3   | 3 情報提供していない   |    |         |         |         |         |           |
| 検体検査                              | 1        | 2        | 3   | SS-MIX標準化ストレージ<br>いずれかひとつに○                               |    |         |         |         |         |           |
| 感染性廃棄物処理                          | 1        | 2        | 3   | 1 実装している      2 実装していない                                   |    |         |         |         |         |           |
| 清掃                                | 1        | 2        | 3   |   |    |         |         |         |         |           |

| (21) 遠隔医療システムの導入状況                      |   |   |   |   |    |   |   |   |   | (24) 検査等の実施状況                 |         |            | 9月中の患者数      | 装置の台数 |   |   |
|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|-------------------------------|---------|------------|--------------|-------|---|---|
| 9月中の延数を記入してください。                        |   |   |   |   |    |   |   |   |   | *患者数には手術に伴うものを含む。             |         |            |              |       |   |   |
| 遠隔画像診断                                  |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 骨塩定量測定                        | 01      |            | 人            |       |   |   |
| 1 有 → 診断依頼を受けた数 ( _____ 施設から 計 _____ 件) |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 気管支内視鏡検査*                     | 02      |            | 人            |       |   |   |
| 2 無 → 診断依頼に出した数 ( _____ 施設に 計 _____ 件)  |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 上部消化管内視鏡検査*                   | 03      |            | 人            |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 大腸内視鏡検査*                      | 04      |            | 人            |       |   |   |
| 遠隔病理診断                                  |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 血管連続撮影                        | 05      |            | 人            |       |   |   |
| 1 有 → 診断依頼を受けた数 ( _____ 施設から 計 _____ 件) |   |   |   |   |    |   |   |   |   | DSA(再掲)                       | 06      |            | 人            |       |   |   |
| 2 無 → 診断依頼に出した数 ( _____ 施設に 計 _____ 件)  |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 循環器DR(再掲)                     | 07      |            | 人            |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | マンモグラフィ                       | 08      |            | 人            | 台     |   |   |
| 遠隔在宅診療・療養支援                             |   |   |   |   |    |   |   |   |   | RI検査(シンチグラム)                  | 09      |            | 人            | 台     |   |   |
| 1 有 → 患者延数 ( _____ 人)                   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | SPECT(再掲)                     | 10      |            | 人            | 台     |   |   |
| 2 無                                     |   |   |   |   |    |   |   |   |   |                               |         |            |              |       |   |   |
| (22) 医療安全体制                             |   |   |   |   |    |   |   |   |   | PET                           |         |            | 人            | 台     |   |   |
| 各項目について、あてはまるものひとつに○                    |   |   |   |   |    |   |   |   |   | PETCT                         | 12      |            | 人            | 台     |   |   |
| 責任者                                     |   |   |   |   |    |   |   |   |   | CT                            | マルチスライス | 64列以上      | 13           |       | 人 | 台 |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |                               |         | 16列以上64列未満 | 14           |       | 人 | 台 |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |                               |         | 4列以上16列未満  | 15           |       | 人 | 台 |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |                               |         | 4列未満       | 16           |       | 人 | 台 |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |                               |         | その他        | 17           |       | 人 | 台 |
| 医療安全体制(全般)                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 |                               |         |            |              |       |   |   |
| 院内感染防止対策                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 |                               |         |            |              |       |   |   |
| 医療機器安全管理                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6 | 7 |   |   |                               |         |            |              |       |   |   |
| 医薬品安全管理                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |    |   |   |   |   |                               |         |            |              |       |   |   |
| 医療放射線安全管理                               | 1 | 2 |   |   | 5  |   |   |   |   |                               |         |            |              |       |   |   |
| (23) 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。             |   |   |   |   |    |   |   |   |   | (25) 手術等の実施状況                 |         |            | 9月中の実施件数     | 装置の台数 |   |   |
| 医療保険等による在宅サービス                          |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 悪性腫瘍手術                        | 1       |            | 件            |       |   |   |
| 1 実施している                                |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 外来化学療法                        | 2       |            | 件            |       |   |   |
| 2 実施していない                               |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 人工透析                          | 3       |            | 件            | 台     |   |   |
| 往診                                      |   |   |   |   | 01 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 在宅患者訪問診療                                |   |   |   |   | 02 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 歯科訪問診療                                  |   |   |   |   | 03 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 救急搬送診療                                  |   |   |   |   | 04 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 在宅患者訪問看護・指導                             |   |   |   |   | 05 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 精神科在宅患者訪問看護・指導                          |   |   |   |   | 06 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理                     |   |   |   |   | 07 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 訪問看護ステーションへの指示書の交付                      |   |   |   |   | 08 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 在宅看取り                                   |   |   |   |   | 09 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 介護保険による在宅サービス                           |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 分娩の取扱                         |         |            | 小数点以下第2位四捨五入 |       |   |   |
| 1 実施している                                |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 1 取り扱っている                     |         |            |              | 人     |   |   |
| 2 実施していない                               |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 2 取り扱っていない                    |         |            |              | 人     |   |   |
| 居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)                   |   |   |   |   | 10 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 訪問看護(介護予防サービスを含む)                       |   |   |   |   | 11 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)                |   |   |   |   | 12 |   |   |   |   | 件                             |         |            |              |       |   |   |
| 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。           |         |            |              |       |   |   |
| 1 有                                     |   |   |   |   |    |   |   |   |   | (26) 放射線治療の実施状況               |         |            | 9月中の患者数      | 装置の台数 |   |   |
| 2 無                                     |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 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。 |         |            |              |       |   |   |
| 連携保険医療機関等の数 ( _____ 施設)                 |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 放射線治療(体外照射)                   | 1       |            | 人            |       |   |   |
| 受け持つ在宅療養患者の数 ( _____ 人)                 |   |   |   |   |    |   |   |   |   | ガンマナイフ・サイバーナイフ(再掲)            | 2       |            | 人            | 台     |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 放射線治療(腔内・組織内照射)               | 3       |            | 人            |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | (27) 歯科設備                     |         |            |              |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 歯科診療を行っている場合には、各項目のいずれかに○     |         |            |              |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 歯科診療台                         | 1 有     | 2 無        |              |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | 台数 ( _____ 台)                 |         |            |              |       |   |   |
|   |   |   |   |   |    |   |   |   |   | ポータブル歯科ユニット                   | 1 有     | 2 無        |              |       |   |   |

| (28) 従事者数 |            | 10月1日現在の数を記入してください。                 |      |
|-----------|------------|-------------------------------------|------|
| 職 種       | 常勤         | 非常勤(常勤換算)                           |      |
|           | 「常勤」従事者の人数 | 「非常勤」従事者の常勤換算した人数<br>(小数点以下第2位四捨五入) |      |
|           |            |                                     | ↓小数点 |
| 01        | 医師         | 人                                   | 人    |
| 02        | 歯科医師       | 人                                   | 人    |

(注)

- 1) 一般診療所の本来業務に従事している人数のみを計上してください。  
(老人ホーム等併設施設の職員は含みません。)
- 2) 雇用形態にかかわらず、医療機関が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)のすべてを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
- 3) 常勤換算については、下記の計算式により常勤換算数を計算し、それぞれの欄に記入してください。  
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。  
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。  
常勤換算は「0.1」「1.0」等「0」を省略せずに記入してください。  
$$\text{常勤換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{医療機関において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$
  
※ 1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。  
常勤換算の詳細は「調査の手引き」を参照してください。
- 4) 「28 保育士」は子どもの患者に対するケアを行う保育士を記入してください。なお、院内保育所に勤務している保育士は含みません。

| 職 種 | 実人員              | 常勤換算                                     |
|-----|------------------|--|
|     | 「常勤」・「非常勤」従事者の人数 | 「常勤」と「非常勤」従事者の常勤換算した人数<br>(小数点以下第2位四捨五入) |
|     |                  | ↓小数点                                     |
| 03  | 薬剤師              | 人  |
| 04  | 保健師              | 人  |
| 05  | 助産師              | 人  |
| 06  | 看護師              | 人  |
| 07  | 准看護師             | 人  |
| 08  | 看護業務補助者          | 人  |
| 09  | 理学療法士(PT)        | 人  |
| 10  | 作業療法士(OT)        | 人  |
| 11  | 視能訓練士            | 人  |
| 12  | 言語聴覚士            | 人  |
| 13  | 義肢装具士            | 人  |
| 14  | 歯科衛生士            | 人  |
| 15  | 歯科技工士            | 人  |
| 16  | 診療放射線技師          | 人  |
| 17  | 診療エックス線技師        | 人  |
| 18  | 臨床検査技師           | 人  |
| 19  | 衛生検査技師           | 人  |
| 20  | 臨床工学技士           | 人  |
| 21  | あん摩マッサージ指圧師      | 人  |
| 22  | 柔道整復師            | 人  |
| 23  | 管理栄養士            | 人  |
| 24  | 栄養士              | 人  |
| 25  | 精神保健福祉士          | 人  |
| 26  | 社会福祉士            | 人  |
| 27  | 介護福祉士            | 人  |
| 28  | 保育士              | 人  |
| 29  | 公認心理師            | 人  |
| 30  | その他の技術員          | 人  |
| 31  | 医療社会事業従事者        | 人  |
| 32  | 事務職員             | 人  |
| 33  | その他の職員           | 人  |

| 記 入 者 | 備 考 |
|-------|-----|
| (所 属) |     |
| (氏 名) |     |

ご協力ありがとうございました