第　　　　　号

　　年　　月　　日

○○保健所長　様

○○市消防（局）長

救急業務協力申出に関する意見書

○○年○○月○○日付け○○第○○○○号により、救急業務に関し申出のあった医療機関について、調査した結果は下記のとおりである。

記

１．協力申出医療機関に対する総合意見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 意見 | 総合意見 | □救急告示医療機関として適当と認める  □下記の事項が改善すれば救急告示医療機関として認める  □下記の理由により救急告示医療機関として不適当と認める |
| 条件・  理由等 |  |

２．調査結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査年月日 | | 年　　月　　日 |
| 消防機関名 | |  |
| 調査者 | 所属・職 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事項 | 内容 | 調査結果 | 実状又は改善意見等 |
| 医療機関の出入口に通じる付近道路の状況 | 救急車の通行障害有無と難易 | □通行に全く支障がない  □通行がやや困難である  □通行に支障がある |  |
| 玄関又は救急患者搬入口への救急車接着の可否の状況 | 接着の可否 | □接着可能  □接着やや困難  □接着不能 |  |
| 救急車の停車スペースの有無 | □停車スペースがある  □停車スペースがない |  |
| 玄関又は救急患者搬入口の位置、構造及び設備等の状況 | 活動障害及び困難性の有無 | □活動上支障がない  □活動がやや困難である  □活動上支障がある |  |
| 救急処置室又は手術室等への救急患者搬入の難易の状況 | 搬送経路、入口等の活動障害及び困難性の有無 | □活動上支障がない  □活動がやや困難である  □活動上支障がある |  |
| 救急医療情報の提供及び受入体制の状況 | 情報提供及び空床等の状況 | □情報提供と空床確保等が適切で、診療可能率や収容可能率が良い  □情報提供と空床確保等が不適切で、診療可能率や収容可能率が悪い  □情報提供と空床確保等が不適切で、診療可能率や収容可能率が極端に悪い |  |
| 医療体制の状況 | □傷病者病院収容後早期に医療に着手  □医療開始まで時間を要している |  |
| 搬送連絡又は収容要請に関する院内の連絡体制の状況 | 院内連絡体制の確立状況 | □院内連絡体制が確立し対応が迅速である  □院内連絡体制は確立しているが、対応にやや時間を要する  □院内連絡体制は確立しておらず、対応に時間を要する |  |
| 搬送連絡用救急専用番号 | □搬送連絡用救急専用電話がある  昼間：  夜間：  □搬送連絡用救急専用電話はない |  |
| 消防用設備等の設置、防火管理等の状況 | 違反の有無とその軽重 | □違反していない  □軽微な違反をしている  □重大な違反をしている |  |

※実状又は改善意見欄は、救急業務遂行上支障がある場合に記入する。

３．搬送人員数（医療機関の受入実績）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日の3か月 | | | |
| 区分 | ○月 | ○月 | ○月 | 3か月計 |
| 時間内 |  |  |  |  |
| 時間外 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |
| 評価基準判定 | 評価基準Ⅰを満たす　・　評価基準Ⅰを満たさない | | | |

※時間帯区分について

＜平　日＞　時間内…9時～17時　　時間外…0時～9時・17時～24時

＜土日祝＞　終日時間外（0時～24時）

※当該医療機関に搬送後、転院又は転送となった場合、転院の場合のみ搬送人員として計上。

※評価基準判定の記載は、三次救急告示医療機関及び精神科のみの二次救急告示医療機関を除く。

４．周辺の救急告示医療機関の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所在地（市区町村名） | 直線距離（km） |
|  |  | km |
|  |  | km |
|  |  | km |

※直線距離2km以内の3施設