

(別記様式)

## 有床診療所（増床）計画書

年 月 日

大阪府知事 様

開設者住所 (〒 )

氏名 (法人名)

電 話 ( )

F A X ( )

E-MAIL

計画の種類 (いずれかの□にチェックを入れること。)	<input type="checkbox"/> 新規開設  <input type="checkbox"/> 既存診療所の病床の設置又は増床
-------------------------------	---

保健所受付印	保健医療企画課受付印

提出部数 3部

## I. 現に開設している病院・診療所の概要

(ふりがな)						
1. 病院・診療所の名称						
2. 開設の場所	(〒 )					
	電話 ( ) / FAX ( )					
3. 病床数	一般	療養	精神	結核	感染症	合計
	床	床	床	床	床	床
4. 標榜診療科目	ほ					
5. 病床利用率	提出前年度 ( ) 年度)				%	

## II. 開設又は増床の計画の概要

1. 計画診療所の名称及び予定地	名称			
	予定地			
2. 計画病床規模		一般	療養	合計
	許可病床数	床	床	床
	計画病床数	床	床	床
	合計病床数	床	床	床
3. 開設又は使用予定年月日	年 月 日			
4. 新たに整備する病床(医療機能) (いずれかの口にチェックを入れること。)	<input type="checkbox"/> 地域包括ケアシステム構築のために必要な病床 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所の機能(訪問診療の実施) <input type="checkbox"/> 急変時の入院患者の受入機能(年間6件以上) <input type="checkbox"/> 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能 <input type="checkbox"/> 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入を行う機能(入院患者の1割以上) <input type="checkbox"/> 当該診療所内において看取りを行う機能 <input type="checkbox"/> 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔(手術を実施した場合に限る。)を実施する(分娩において実施する場合を除く。)機能(年間30件以上) <input type="checkbox"/> 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能  <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患(具体的に: )の治療のための病床  <input type="checkbox"/> 分娩 <sup>べん</sup> を取り扱うための病床  <input type="checkbox"/> 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所を行うための病床			

5. 建物の概要	①周囲の見取り図	別添第1図のとおり
	②建物の配置図	別添第2図のとおり
	③各階の平面図	別添第3図のとおり
6. 開設又は増床を必要とする理由		
7. 計画診療所が所在する医療圏において、当該疾患（事業）に対応している医療機関	名 称	病床利用率
		% ( 年度)
		% ( 年度)
		% ( 年度)

### Ⅲ. 計画病床数の算定根拠

別紙「特例病床算定の留意事項（補足）」をご確認ください。（根拠資料添付）

（例）特定の疾患（事業）について地域における入院待機患者数×平均在院日数（疾患別）  
 ÷ 365日