

診療所開設後の地域医療への協力にかかる意向の報告について（依頼）

- 将来にわたって安全・安心な医療提供体制の確保を検討していくにあたって、大阪府では、新規に診療所を開業される医師の皆様に、医療法に基づく義務ではありませんが、地域医療への協力にかかる意向について報告をお願いしています。
- なお、本報告の内容及び提出の状況については、地域の医療関係者等が、今後の地域の医療体制について協議する医療・病床懇話会、保健医療協議会にて、医療機関名と所在地あわせて報告いたします。
- また、保健医療協議会において回答内容等、別途個別に確認が必要な場合は、出席をお願いし、説明をお願いすることがあります。
- 本報告により、今後の診療所の活動について、何か制約が課せられるものではありません。
- 将来にも安全安心な医療提供体制を確保していくため、主旨をご理解いただき、何卒ご協力いただきますようお願いいたします。

※地域の外来医療についての現状や本報告書の趣旨については、大阪府外来医療計画にまとめております。恐れ入りますが、大阪府外来医療計画を確認いただき、ご報告いただきますようお願いいたします。

(案)

診療所開設後の地域医療への協力の意向について (報告)

令和 年 月 日

大阪府知事 様

診療所開設後の地域医療への協力にかかる事項について、下記のとおり報告いたします。

<p>1 標榜する診療科目を下記に記載ください。</p>
<p>2 診療所開設後の地域医療へのご協力について (選択肢のいずれかに「○」を記載ください。)</p> <p>① 在宅医療 (訪問診療・往診等) に関して協力される意向はありますか。 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>② 市町村設置等の休日夜間急患センターへの出務について協力される意向はありますか。 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>③ 公衆衛生等への協力について実施される意向はありますか。 【産業医】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う 【学校医】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う 【予防接種】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>④ その他、上記以外に地域医療へのご協力の意向はありますか。 () はい (詳細: _____) () 現在、協力する意向はない</p>

医療機関の住所 _____

医療機関の名称 _____

医療機関電話番号 _____

(案)

診療所開設後の地域医療への協力にかかる意向の報告について（依頼）

- 将来にわたって安全・安心な医療提供体制の確保を検討していくにあたって、大阪府では、新規に診療所を開業される医師の皆様に、医療法に基づく義務ではありませんが、地域医療への協力にかかる意向について、報告をお願いしています。
- なお、本報告の内容及び提出の状況については、地域の医療関係者等が、今後の地域の医療体制について協議する医療・病床懇話会、保健医療協議会にて、医療機関名と所在地あわせて報告いたします。
- 本報告により、今後の診療所の活動について、何か制約が課せられるものではありません。
- 将来にも安全安心な医療提供体制を確保していくため、主旨をご理解いただき、何卒ご協力いただきますようお願いいたします。

※地域の外来医療についての現状や本報告書の趣旨については、大阪府外来医療計画にまとめております。恐れ入りますが、大阪府外来医療計画を確認いただき、ご報告いただきますようお願いいたします。

(案)

診療所開設後の地域医療への協力の意向について (報告)

令和 年 月 日

大阪府知事 様

診療所開設後の地域医療への協力にかかる事項について、下記のとおり報告いたします。

<p>1 標榜する診療科目を下記に記載ください。</p>
<p>2 診療所開設後の地域医療へのご協力について (選択肢のいずれかに「○」を記載ください。)</p> <p>① 在宅医療 (訪問診療・往診等) に関して協力される意向はありますか。 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>② 市町村設置等の休日夜間急患センターへの出務について協力される意向はありますか。 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>③ 公衆衛生等への協力について実施される意向はありますか。 【産業医】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う 【学校医】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う 【予防接種】 () 条件が合えば協力しても良い () 現在、協力する意向はない () 該当する診療科ではないと思う</p> <p>④ その他、上記以外に地域医療へのご協力の意向はありますか。 () はい (詳細: _____) () 現在、協力する意向はない</p>

医療機関の住所 _____

医療機関の名称 _____

医療機関電話番号 _____

(案)

医療機器購入・更新する際、共同利用にかかる意向の報告について（依頼）

- 医療機器の効率的な活用を検討していくにあたって、大阪府では、医療機器を購入・更新される医療機関の皆様へ、共同利用への協力にかかる意向について、医療法に基づく義務ではありませんが報告をお願いしています。
- なお、本報告の内容及び提出の状況については、地域の医療関係者等が、今後の地域の医療体制について協議する医療・病床懇話会、保健医療協議会にて、医療機関名と所在地あわせて報告いたします。
- また、保健医療協議会において回答内容等個別に確認が必要な場合は出席の上、説明をお願いすることがあります。
- 本報告により、今後の医療機関の活動について、何か制約が課せられるものではありません。
- 将来にも安全安心な医療提供体制を確保していくため、主旨をご理解いただき、何卒ご協力いただきますようお願いいたします。

※地域の外来医療についての現状や本報告書の趣旨については、大阪府外来医療計画にまとめております。恐れ入りますが、大阪府外来医療計画を確認いただき、ご報告いただきますようお願いいたします。

医療機器の購入・更新について（報告）

令和 年 月 日

大阪府知事 様

医療機器の購入・更新にあたり共同利用の意向について、下記のとおり報告いたします。

病 院 又は 診 療 所	(ふりがな) 名 称			
	所 在 地	〒	—	
		TEL	()	FAX ()
購入する医療機器				
機器の種類	1 CT (全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT) 2 MRI (1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI) 3 PET (PET及びPRT-CT) 4 放射線治療 (リニアック及びガンマナイフ) 5 マンモグラフィ			
購入する医療機器の 製作者及び形式				
設 置 日	令和 年 月 日	台 数	台	
購入機器の共同利用に関する意向について				
共同利用の意 向の有無	1 有 2 無 ※ 有と回答した場合は下記質問にお進みください			
共同利用の相 手	1 別添様式のとおり 2 登録医など医療機関の規程等で定める施設 注) 2の場合、登録に係る規程類を添付してください 3 その他 ()			
共同利用 の方法	1 紹介患者に対する検査・治療の実施 2 共同利用の相手方の医師等が来院し、施設・設備を利用 3 その他 () 注) 共同利用の手順等の実施方法を定めた規程等を添付してください			
	(画像情報・画像診断情報の提供方針) 1 ネットワークを利用して提供 2 デジタルデータ (CD等) で提供 3 フィルムで提供 4 その他 ()			
保守、整備の実施に関する方針				
1 保守点検計画の策定 (有 無) 2 保守点検の実施 (年間実施回数 (予定) 回) 3 その他 ()				

開設者の住所 _____
 (法人等の主たる事務所の所在地)
 (ふりがな)
 開設者氏名 _____
 (法人等の名称及び代表者の職氏名)