

様式第2号（第4条関係）

病床整備計画書

大 阪 府 知 事 様

所 在 地

法 人 名

代 表 者

医 療 機 関 名

1 新型コロナウイルス感染症専用医療施設を設置する医療機関の名称・所在地

名称	
所在地	

2 設置者の名称・所在地

名称	
所在地	

3 新型コロナウイルス感染症患者受入病床数

※「整備後の既存病床」の欄は、専用病床の整備を機に、既存病床の数を変動させた場合は整備後の病床数、変動させない場合は「現状の既存病床」と同じ数字を入力してください。

(単位：床)

区分		フェーズごとの病床数			
		I	II	III	IV
重症	現状の 既存病床(a)				
	整備後の 既存病床(b)				
	専用病床での 病床(c)				
	整備後合計 (b)+(c)				
軽症 中等症	現状の 既存病床(e)				
	整備後の 既存病床(f)				
	合計(f)				

4 大阪府が優先する下記計画内容について

	事項	
①	専用病床での最大病床確保数 ※フェーズIVでの確保病床数です。	_____ 床
②	専用病床整備にかかる費用（概算） ※単位は円までご記入ください。	_____ 円
③	専用病床での病床運用開始時期 ※実際に患者受入れ可能となる日です。	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
④	透析治療の整備について ※□に✓を入れてください。 ※有の場合は括弧内に整備病床数をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 有 (_____ 床) <input type="checkbox"/> 無

5 計画建物

建物種別	<input type="checkbox"/> 応急仮設建築物（プレハブ） <input type="checkbox"/> 既存施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
契約種別	<input type="checkbox"/> リース <input type="checkbox"/> 買い取り <input type="checkbox"/> その他（ ）
設置にかかる期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
概要	※設置場所、構造、建築面積、延べ床面積

6 概算費用

(単位：千円)

区分	事業費	財源内訳		
		補助金	自己資金	その他
病棟工事費				
インフラ工事費				
設備・備品整備費				
その他費用				
合計				

7 人員確保計画

(1) 予定する人員確保状況

(記入上の注意点)

- ※基本的には自院内（法人内）で確保をしていただくことになります。
- ※記載する人員については最大確保病床時点のものをご記入ください。
- ※職種に追加がある場合は新たにその追加する職種を明記してください。

職種	専用病床に 配置する人員（人）		うち、 新規確保予定の人員 （人）		うち、 院内（法人内）配置換 え等により確保予定 の人員（人）	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師						
看護師						
准看護師						
技師						
看護補助者						
計						

(2) 人員確保策と、スケジュール

- ※確保予定の人員については職種別に具体的に記載してください。
- ※フェーズごと確保人員が変わる場合は、それが分かるようご記入ください。
- ※別紙がある場合は下の欄に「別紙」と記入しその別紙を添付してください。