(第1面)

地域で不足する医療機能の実施（予定）報告書

年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　様

郵便番号

届出者　住所

氏名

(電話　　　局　　　　　　番)

　診療所の開設にあたり、山口県外来医療計画に基づき、下記のとおり地域で不足する医療機能の実施予定等を報告します。

　なお、記載した内容について、医師会その他必要な関係機関に提供し、実施状況等について確認するとともに、外来医療に係る協議の場（地域医療構想調整会議）での公表を行うことに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開設する医療機関名称 | |  | |
| 開設の場所 | |  | |
| 開設年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 診療科目 | |  | |
| 開設者 | |  | |
| 管理者 | 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（年齢　　歳） | |
| 診療に従事する医師 | 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（年齢　　歳） | |
| 医療圏で不足する機能の実施予定 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |
| 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |
| 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |
| 実施しない機能がある場合  その理由 | 機能種別 | 初期救急　　・　　在宅医療　　・　　公衆衛生 | |
| 理由 |  | |

(第2面)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 移転・承継等の区分  (診療所の承継等の場合) | | 移転・法人化・承継（相続・譲渡）・合併・その他  （その他は具体的に記載：　　　　 　　　　　　　　） | |
| 従前の医療機関の概要 | 名称 |  | |
| 開設の場所 |  | |
| 診療科目 |  | |
| 開設者 |  | |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 従前の医療機関による医療圏で不足する機能の実施状況 | 初期救急 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |
| 在宅医療 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |
| 公衆衛生 | 実施予定 | 実施方法 |
| 有　・　無 |  |