|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

大阪府堺市保健医療協議会

救急医療体制調整部会 部会長様

|  |
| --- |
| 代表者氏名（法人は名称及び代表者職・氏名） |
|  |

救急業務協力申請書（救急非告示医療機関用）

「傷病者の搬送及び受入れの実施基準【大阪府堺市圏域版】」に基づき、救急非告示医療機関として救急業務に協力したいので、次のとおり申請します。なお、申請が承認された場合、救急非告示医療機関リストに掲載されること及び申請内容に基づき堺市消防局救急隊から初期救急診療の受入要請をされることに同意します。

記

1. 医療機関の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 開設年月日 |
| 　　　　 　　 | 　　年　　　　月　　　日 |
| 所在地 | 〒 |  |  |
|  |
| 病床数 | 計 | 一般 | 療養 | 精神 | （　　　　　） | （　　　　　） |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 担当者 | 所属・職 |  | 氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

2. 救急患者搬入経路

|  |  |
| --- | --- |
| 救急車通行の難易 | 通行に全く支障がない　・　通行がやや困難である　・　（　　）m前で通行不可 |
| 救急患者搬入口に救急車接着の可否 | 接着可能　・　（　　）m前で接着不可 |
| 救急車の通行や接着に問題がある場合の理由 |  |
| ストレッチャーの搬入 | 可　・　不可 |
| 階段／エレベーター | 階段　：　有　・　無　　　／　　　エレベーター：　　有　・　無 |

3. 救急搬送受入実績

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日の前月を含む1年間（例：令和6年７月～令和7年６月） | 件数 |
| 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月 | 　件　・　不明 |

※実績確認のため、堺市消防局等に照会させていただきます。

4. 救急協力体制　※救急搬送の受入可能な時間帯を記入してください。（行が不足する場合は追加可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科目（ **※ 対象診療科目** から選択 ） | 曜日 | 時間帯 |
| 【記入例】内科 | ①月～金②土・日・祝 | ①10:00～17:30②14:00～18:00 |
|  |  |  |
|  |  |  |

5. 救急医療担当医師　（行が不足する場合は追加可）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科目（ **※ 対象診療科目** から選択 ） | 氏名 |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **※　対象診療科目** |
| 内科 | 循環器内科 | 呼吸器内科 | 消化器内科 |
| 脳神経内科 | 外科 | 心臓血管外科 | 呼吸器外科 |
| 消化器外科 | 脳神経外科 | 整形外科 | 形成外科 |
| 小児科 | 小児外科 | 小児軽傷 | 新生児科 |
| 産科 | 婦人科 | 泌尿器科 | 皮膚科 |
| 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 口腔外科 | 精神科 |

**＜ 申請後の流れ ＞**

①後日、事務局より申請内容の掲載可否について結果連絡をさせていただきます。

②同リスト掲載可の場合、申請内容に基づき、救急隊から上記電話番号に受入要請のご連絡をさせていただきます。

③毎年1回、8月頃に申請内容の変更の有無について照会させていただきますが、申請内容に変更が生じた場合は事務局まで随時ご連絡ください。