様式第１４号

小児救急医療支援事業実績書　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 　１ 患者数等 １　患　者　数　等 |  |
| 区　　　　分 | 計 | 小 児 科 |  |  |  |  |  |  | 備　　　　　　考 |
|  患者延数 |  入　院 | 人 | 人 |  |  |  |  |  |  | 　（小児救急医療支援事業）※小児科以外を除く※当番日（「休日：午前８時～午後６時」、「夜間：午後６時～翌日午前８時」）における　実績を記入願います。 |
|  外　来 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  　１　日 （当番日）　　平均 　平　均 |  入　院 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  外　来 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  実診療（当番日）日数 |  　　　　　日 |  |
| ２ 職員数 |  |
|  　　　　　　　職員数 　職種別 |  　全　職 員　数 | １日当たり従事者数（人） |  　　　備　　 　　考 | ※「３取扱患者の来院・方法別内訳」においては、当番日（「休日：午前８時～午後６時」、「夜間：午後６時～翌日午前８時」）における実績を記入願います。 |
|  　常　　 　勤 |  　非　　常　　勤 |
| 施設内 | オンコール | 施設内 | オンコール |
| 医　　師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ※小児救急の体制以外は除く。また、当番日によって職員数が異なる場合は、もっとも少人数の日の数を記入すること。 |
| 看護師 |  |  |  |  |  |
| その他医療従事者 |  |  |  |  |  |
| 放射線技師 |  |  |  |  |  |
| 検査技師 |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 事務職員等 |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |
| 　３ 取扱患者の来院・方法別内訳 ３　取扱患者の来院・方法別内訳 |
| 区　　　分 | 初期救急医療施設から転送 | そ　　の　　他 | 計 |
| 救急車 | その他 | 小　計 | 救急車 | その他 | 小　計 |
| 入　　　院 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 外　　　来 |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |