事務連絡票

◇事前協議対象の施設

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

◇事前協議担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　ー　　　　 |
| （通知等送付先）※上記住所と異なる場合記載してください。〒　　　ー　　　　 |
| TEL |  |
| e-mail | 　　　　　　　　　　　　@ |

◇事務局ヒアリングの希望日時（30分程度。都合が付かない日時に×を記入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ９時～ | 10時～ | 11時～ | 14時～ | 15時～ |
| 11/4（火） |  |  |  |  |  |
| 11/5（水） |  |  |  |  |  |
| 11/6（木） |  |  |  |  |  |
| 11/7（金） |  |  |  |  |  |

※ 川崎市地域医療審議会でのヒアリングを指定させていただく場合があります。

◇ヒアリング出席予定者（最大３名まで）

※増床計画に係る責任者を含めて構成してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 役職等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

裏面あり

◇配分を希望する病床数（提出日時点で検討中の数値で構いません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 慢性期機能 | □療養病棟入院基本料　　　　　　療養病床　　　　床□有床診療所療養病床入院基本料　療養病床　　　　床 |
| □特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料　　　　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床□障害者施設等入院基本料　　　　一般病床　　　　床□緩和ケア病棟入院料　　　　　　一般病床　　　　床 |
| 回復期機能 | □地域包括ケア病棟入院料　又は　地域包括ケア入院医療管理料　　　　　　　　　　　　　　　　療養病床　　　　床　　　　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床□回復期リハビリテーション病棟入院料　　　　　　　　　　　　　　　　療養病床　　　　床　　　　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床□地域包括医療病棟入院料　　　　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床 |
| 合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　　療養病床　　　　床　　　　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床 |

◇その他連絡事項

|  |
| --- |
|  |

別紙

○事務局ヒアリング候補日時

|  |  |
| --- | --- |
| 11月4日（火） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 11月5日（水） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 11月6日（木） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 11月7日（金） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |

※ 以下の項目に該当する場合は、川崎市地域医療審議会でのヒアリングを指定させていただく場合があります。

　① 川崎市内の既存の医療機関でないもの

　② 地域医療連携等に係る調整状況が確認できないもの

　③ その他、病床整備検討部会でヒアリングが必要とされたもの

〇ヒアリング会場

　川崎市役所会議室（川崎市川崎区宮本町１番地）

　※ 開始時間の５分前に13階　健康福祉局保健医療政策部地域医療担当まで

　　お越しください。