

医療機能情報提供制度 助産所 調査票

連絡担当者に関する事項

記入日	平成 年 月 日
記入者	
役職名	
連絡先電話番号	
事務連絡用メールアドレス	

【1. 管理・運営・サービス等に関する事項】

(1) 基本情報

正式名称のフリガナ	
正式名称（医療法届出）	
略称のフリガナ	
略称	
名称の英語表記（ローマ字表記）	
郵便番号	
住所のフリガナ	
住所	
住所の英語表記	記入例：OHEMACHI Bldg.3F 1 - 5 Ohtemachi ,Aoba-ku,Sendai-shi
県民案内用電話番号	
県民案内用 F A X 番号	
開設者	
管理者	

助産所の運営形態

助産所内における業務の実施	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
出張による業務の実施	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない

分娩情報

分娩の取り扱い	<input type="checkbox"/> 取り扱っている	<input type="checkbox"/> 取り扱っていない
入所室定員	名	

就業時間

記入方法については「記入上の留意事項」をご覧ください

科 目	月	火	水	木	金	土	日	祝日
助産業務								
<input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> 再診予約								

<p>外来受付時間</p> <p>[記入例] 受付時間は就業開始の30分前から就業終了の30分前までです。</p>	
<p>就業時間特記事項</p> <p>※年末年始、お盆などの特別休診日や外来診療時間について特記する必要がある項目を記入してください。</p>	

(2) 助産所へのアクセス

ホームページアドレス	
メールアドレス	
交通アクセス情報 [記入例] JR東北本線「○△駅」から徒歩3分、市営バス「○△前」から徒歩5分。	
駐車場	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 駐車台数： 台
面会時間 ※「指定有り」の場合、曜日と面会時間等について記入して下さい。	<input type="checkbox"/> 指定有り <input type="checkbox"/> 自由
時間外の対応	<input type="checkbox"/> 終日の対応 <input type="checkbox"/> 病院又は診療所における緊急時の連絡先への連絡による対応 <input type="checkbox"/> 連携する病院又は診療所への転送

(3) 助産所内サービス・アメニティ

外国語対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 対応可能な外国語：
障害者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 手話による対応 <input type="checkbox"/> 施設内点字ブロックの設置 <input type="checkbox"/> 施設内の情報の表示 <input type="checkbox"/> 点字による表示 <input type="checkbox"/> 音声による情報の伝達
車椅子利用者に対するサービス内容	<input type="checkbox"/> 施設のバリアフリー化の実施
受動喫煙を防止するための措置	<input type="checkbox"/> 施設内における全面禁煙の実施 <input type="checkbox"/> 喫煙室の設置

費用の支払いについて記入して下さい

クレジットカードによる支払い	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
----------------	--

【2. 医療連携体制、提供サービス】

(1) 嘱託医師情報

嘱託医師名	
住所	
連絡先（電話番号）	
診療科目	

(2) 連携医療機関情報

連携医療機関名	
住所	
連絡先（電話番号）	

(3) 家族付き添いについて

家族付き添い室の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
------------	-----------------------------	-----------------------------

(4) 妊産婦に対する相談又は指導

<input type="checkbox"/> 周産期相談	<input type="checkbox"/> 家族計画指導（受胎調節実施指導を含む）
<input type="checkbox"/> 母乳育児相談	<input type="checkbox"/> 女性の健康相談（月経相談・思春期相談・更年期相談）
<input type="checkbox"/> 栄養相談	<input type="checkbox"/> 訪問指導・相談

【3. 実績、結果に関する事項】

人員配置（医療従事者の人数）について記入して下さい。非常勤を含む場合には常勤換算により記載して下さい。常勤換算は医療法上の算定式に基づき小数点以下第1位（小数点以下第2位を四捨五入）までを算出して下さい。

医療従事者	人数	医療従事者	人数
医師	名	歯科衛生士	名
歯科医師	名	診療放射線技師	名
薬剤師	名	理学療法士	名
看護師及び准看護師	名	作業療法士	名
助産師	名		

昨年度の実績

昨年度の分娩取扱い数	0 件
------------	-----

妊産婦等満足度調査

妊産婦等満足度調査の実施	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
妊産婦等満足度調査結果の提供	<input type="checkbox"/> 提供している	<input type="checkbox"/> 提供していない