

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 酒井 行
 (FAX : 043-221-7379) 【本紙のみ1枚】

令和9年度日中一時支援事業計画書 (県事業名:在宅移行児童一時支援事業)

医療機関名	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

1. 医療機関の現況<令和8年7月1日現在>						
病床数	床 (うち一般病床 床)		※一般病床とは、精神病床、感染症病床、結核病床を除いた病床を指す。			
標榜診療科名	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> その他()					
連携する訪問看護施設	施設名	所在地				
日中一時支援事業を行う必要性						
運営方針	(1) 在宅等に移行したNICU等長期入院児等を保護者の要請に応じた、一時的に受入の有無。					有・無
	(2) 人工呼吸管理、栄養管理、呼吸理学療法を含むリハビリテーション、必要に応じて感染・輸液管理を行うために必要な診療機能の有無。					有・無
その他	事業に要する病床数	病床の確保を行う日数	患者が1人でも入所する予定日数	人工呼吸器	呼吸・循環モニター	酸素・空気・吸引の中央配管
	床	日/年	日/年	床	床	有・無

2. 日中一時支援事業支援施設の医療チームの人数<令和8年7月1日現在>						
※該当無しの場合は、空欄とせず、必ず0人と記入すること。また、()内は院内兼務人数を記入すること。						
区分	小児科医	うち呼吸管理に習熟した小児科医	看護師	小児に精通した理学療法士	臨床工学技士	
常勤	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	
非常勤	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	
一日に確保する看護師の予定人数	人/日	一日に確保する看護助手等の予定人数	人/日			
【備考】(注) 交代勤務体系を取っている場合については備考欄に詳細を記入すること。						

(注) 日中一時支援事業を実施する上で規約等を作成している場合、添付すること。なお、規約等は作成途中の案でも可とする。