

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

令和6年度 周産期母子医療センター運営事業計画書

- 【 総合周産期母子医療センター
 地域周産期母子医療センター 】

| | |
|---------|--|
| 医療機関名 | |
| 担当者職氏名 | |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |

| 1. 令和5年度の病床数 | | | | |
|--------------|-------|-------------|------|-------------|
| | 申請病床数 | | 事業月数 | |
| | | 年度内に変更がある場合 | | 年度内に変更がある場合 |
| MFICU | | | | |
| NICU | | | | |
| GCU | | | | |

| 2. 搬送受入促進事業申請の有無 | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | 日 | 人/日 | |
| 対象経費 | 金額 | 算出根拠 | | |
| 〇〇〇〇費 | | | | |

(注) 近隣開業医等との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

| 3. 母体救命強化加算申請の有無 | | |
|-----------------------------|--|------|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | |
| 救命救急センターの指定状況 | <input type="checkbox"/> 指定されている <input type="checkbox"/> 指定されていない | |
| 関係診療科の有無 | <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 小児科(新生児科) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 ※各診療科に24時間医師がいるか(いる・いない(くない診療科名:)) | |
| 対象経費 | 金額 | 算出根拠 |
| 〇〇〇〇費 | | |

(注) 救命救急センターや関係診療科との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

| 4. 麻酔科医配置加算申請の有無 | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------|------|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | | | |
| センター内における麻酔科医の勤務状況 | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 | 専任・非専任 | 確保月数 |
| | | | | 月 |
| 対象経費 | 金額 | 算出根拠 | | |
| 〇〇〇〇費 | | | | |

(注) 麻酔科医の配置がわかる資料を添付すること。

| 5. 臨床心理技術者配置加算申請の有無 | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------|--------|------|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し | | | |
| センター内における臨床心理技術者の勤務状況 | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 | 専任・非専任 | 確保月数 |
| | | | | 月 |
| 対象経費 | 金額 | 算出根拠 | | |
| 〇〇〇〇費 | | | | |

(注) 臨床心理技術者の配置がわかる資料を添付すること。