

第6号様式

病院医師宿直免除申請書

年 月 日

千葉県知事 様

管理者 住所
氏名

医療法施行規則第9条の15の2の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

病 院 の 名 称	当該申請を行う病院の名称を記載してください。					
開 設 の 場 所	当該申請を行う病院の所在地を記載してください。					
電 話 番 号	当該申請を行う病院の連絡先を記載してください。					
診 療 科 目	当該申請を行う病院の標榜診療科目を記載してください。					
病 床 数 (許可病床数を記載してください)	一般	療養	精神	結核	感染症	合計
	床	床	床	床	床	床
病院に医師を宿直させない理由	当該申請を行う病院において、医師を宿直させないことを申請する理由を分かりやすく記載してください。					
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について	連 絡 体 制	医師についてはあらかじめ当番制を設け、患者に急変があった場合においても、夜勤の看護師が当番医師の携帯に連絡をとれる体制が確保されている等、「誰が」、「誰に」、「どのように」連絡をするかについて、分かりやすく記載してください。				
	連 絡 を 受 け る 医 師 の 場 所	病院から〇〇kmの医師住宅等、速やかに駆けつけることができる場所であることが分かるよう、記載してください。				
	医師が適切な診療が行える状態の確保の有無	有 ・ 無				

(注)「医師が適切な診療が行える状態の確保の有無」について、「有」とした場合には客観的に当該事項が確認できる医療機関内の規定や内規等を添付すること。