

↓都道府県を選択してください。

【様式4（再編等の状況）】病床適正化 調査様式

No	医療機関の名称	令和6年度病床機能報告における病床・外来管理番号	他医療機関との再編等の状況			
			再編の時期	具体的な再編計画（※）	入院医療を中止する診療科	
					診療科名	左記以外にある場合はここに記載すること
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
合計						

（※）地域医療連携推進法人による再編等の場合はその旨を含めて記載すること