

地域で不足する外来医療機能に係る確認書

年 月 日

殿

開設者 住所
氏名 ㊟
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名〕

外来医師多数区域における地域で不足する外来医療機能を担うことの意味の有無について、下記のとおり提出します。

名 称				電話番号	
開 設 の 場 所					
開設予定年月日	年 月 日				
管理者	住 所				
	氏 名			電話番号	
診療に従事する 医師の氏名等	氏 名	担当診療科名	診 療 日 又 は 勤 務 日	診療時間又は勤務時間	
次の外来医療機能 を担うことへの 合意	有 ・ 無				
有 の 場 合、 担 う 予 定 の 機 能 (該当に全て○)	① 初期救急医療（在宅当番医、夜間休日急患センター）				
	② 在宅医療（往診、在宅診療、ターミナルケアの実施）				
	③ 公衆衛生に関する医療（産業医、学校医、乳幼児健診、予防接種）				
無 の 場 合 そ の 理 由					

(備 考)

- (1) この届出書は、医療法第30条の4第1項に規定する外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（外来医療計画）に定められた外来医師多数区域における新規開業者が新規開業（法人化による新規開設手続、移転による新規開設手続、親子間承継による新規開設手続等を含む。）を行う前に提出すること。
- (2) 届出内容については、地域医療構想調整会議（外来医療提供体制の協議の場）と共有することとし、不足する外来医療機能を担わない場合には、その理由等について聞き取りを行うこと。
- (3) 届出内容に変更が生じた場合には、速やかに本様式により報告すること。