

# 医療機関情報 報告書（ながさき医療機関情報システム）

\* 必要項目を全て記入し、管轄保健所へ送付してください(変更箇所がない場合も必ず送付してください)

年 月 日

管轄保健所長 様

医療機関コード： \_\_\_\_\_ (例) bna9999

( 送付文書の封筒宛名ラベル記載の7桁英数字.  
保険医療機関コードではありません )

医療機関の所在地： \_\_\_\_\_

医療機関の名称： \_\_\_\_\_

管理者の氏名： \_\_\_\_\_

医療機関代表（公表）E-mail アドレス： \_\_\_\_\_

報告書（送付状）を記入した担当者 所 属： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_

## 「ながさき医療機関情報システム」医療情報更新の報告について

このことについて、医療法第6条の3第1項の規定により下記の通り提出します。

\* 該当する番号に \_\_\_\_\_ を記入してください

( ) 今回初めて提出する医療機関のため全ページ提出します。(詳細別添)

( ) 変更があったページのみ提出します。(詳細別添)

( ) 変更がないためこの用紙のみ提出します。

( ) 休止中・近々休止予定のためこの用紙のみ提出します。

休止（予定）日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

( ) 廃止・近々廃止予定のためこの用紙のみ提出します。

廃止（予定）日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

### 【報告書の送付先】

保健所名	郵便番号	住所	FAX 番号
長崎市保健所地域保健課	850-8685	長崎市桜町6番3号	095-829-1221
佐世保市保健所保健福祉政策課	857-0042	佐世保市高砂町5-1	0956-25-9684
西彼保健所企画調整課	852-8061	長崎市滑石1-9-5	095-856-0692
県央保健所企画調整課	854-0081	諫早市栄田町26-49	0957-26-9870
県南保健所企画調整課	855-0043	島原市新田町347-9	0957-64-6520
県北保健所企画調整課	859-4807	平戸市田平町里免1126-1	0950-57-3666
五島保健所企画保健課	853-0007	五島市福江町7-2	0959-75-0102
上五島保健所企画保健課	857-4211	南松浦郡新上五島町有川郷2254-17	0959-42-1124
壱岐保健所企画保健課	811-5133	壱岐市郷ノ浦町本村触620-5	0920-47-6357
対馬保健所企画保健課	817-8520	対馬市厳原町宮谷224	0920-52-7403

\* 変更等がなく、この用紙だけ送付する場合は FAX 送信で可

# 医療機関情報(詳細報告)(ながさき医療機関情報システム)

助産所 (様式4)

## 基本情報

助1

医療機関コード	
助産所名	
助産所名のフリガナ	
助産所名のローマ字 (大文字で記載)	
開設者	
開設者のフリガナ	
管理者	
管理者のフリガナ	
郵便番号	
所在地 (郡・市名)	
所在地 (町)	
所在地 (郷・字・番地等全て)	
所在地のカナ表記	
所在地の英語表記	
案内用電話番号	
案内用FAX番号	

## 就業日・就業時間

助2

曜日	午前	午後
月	~	~
火	~	~
水	~	~
木	~	~
金	~	~
土	~	~
日	~	~
特記事項（不定期の就業等）		

特記事項は就業・受付時間共通です。どちらか片方記入するば表示されます

## 外来受付時間

曜日	午前	午後
月	~	~
火	~	~
水	~	~
木	~	~
金	~	~
土	~	~
日	~	~
特記事項（不定期の就業等）		

予約の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
予約の内容	予約用電話番号や予約方法等(200字以内)

## 医療機関へのアクセス

助3

助産所までの主な利用交通手段	(100字以内)
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
駐車台数	台
駐車料金の有無	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料
案内用ホームページアドレス	
案内用電子メールアドレス (公開可能な場合のみ記入可。)	<b>公開可能なメールアドレス</b> <input type="checkbox"/> 非公開
救急対応	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
助産所の業務形態	助産所内における業務の実施 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	出張による業務の実施 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
面会の日及び時間帯	(60字以内)

## 院内サービスアメニティー

対応することができる外国語の種類	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語
聴覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 手話対応 <input type="checkbox"/> 施設内の情報の表示
視覚障害者に対する配慮	<input type="checkbox"/> 音声案内 <input type="checkbox"/> 院内点字ブロック <input type="checkbox"/> 点字表示
車椅子利用者に対する配慮	<input type="checkbox"/> バリアフリー構造
受動喫煙防止措置	<input type="checkbox"/> 施設内全面禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙室の設置

## 費用負担等

クレジットカードによる料金支払いの可否	(いずれか一つにチェック) <input type="checkbox"/> クレジットカードと現金 <input type="checkbox"/> 現金のみ
---------------------	---

## 診療内容、提供保健・医療・介護サービス

家族付き添い室の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
妊産婦等に対する相談又は指導	<input type="checkbox"/> 周産期相談 <input type="checkbox"/> 母乳育児相談 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 家族計画指導(受胎調整実施指導を含む) <input type="checkbox"/> 女性の健康相談 <input type="checkbox"/> 訪問相談または訪問指導

## 医療の実績，結果に関する事項

	基本職種	人数
助産所の人員配置	助産師	人
	医師	人
	看護師及び准看護師	人
分娩取扱数		人
妊産婦等満足度調査実施の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
妊産婦等満足度調査結果の提供の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
(財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し

# 「ながさき医療機関情報システム」の医療機関情報の 報告に関する留意事項（新設の助産所）

インターネット報告用のパスワードは、後日の発行及び送付を予定しています。  
お手数ですが、今回（H29.10月）報告分は紙媒体でのご報告をお願いします。

## ア．紙媒体で報告する場合の手順

医療機関情報 報告書と医療機関情報（詳細報告）の該当箇所を記入し、様式全ページを管轄保健所に提出してください。

## イ．入力（記入）方法のルール

### A．基本ルール

- (1) 平成29年10月1日現在の状況について記入して下さい。  
前年度実績欄（手術件数、患者数等）は、平成28年4月から平成29年3月までの実績を記入してください。（新設医療機関の場合、実績は未記入でも可）
- (2) パソコンで表示できない漢字は、表示可能な通用漢字又はひらがなで記入してください。漢字によっては、県ホームページで表示する場合、通用の漢字又はひらがなに置き換わることがありますのでご了承ください。（例：崎 崎 高 高）
- (3) 「」又は「」欄には、該当箇所に「」又は「」を記入してください。
- (4) 人数換算や平均値等計算時の端数処理について  
計算により端数が生じた場合は、少数第1位を切り上げて整数で記載してください。  
（例：1.5 2人）  
ただし、1に満たない場合は、少数第2位を切り上げて少数第1位まで記載してください。（例：0.54 0.6件）
- (5) 人数換算について（助産師・医師・看護師・准看護師）  
非常勤の医療従事者については、勤務時間数により常勤換算してください。  
ただし、専門医については、非常勤であっても実際の人数を記載してください。
- (6) (件)(人)(円)の単位で数値を記載する欄  
該当がないときは、「0」と入力せず、空欄としてください。

## B : 各項目別記入ルール

- ( 1 ) 医療機関コード ( 詳細報告様式 P .1 )  
交付した医療機関コードを英数小文字で記入してください。  
送付文書の封筒宛名ラベル記載の7桁英数字です。( 例 : 助産所 bna9999 )
- ( 2 ) 就業日・就業時間・外来受付時間 ( 詳細報告様式 P.2 )  
不定期の診療や予約診療については、特記事項に記入してください。( 特記事項は就業時間・受付時間共通なので、片方のみの記入で可 )
- ( 3 ) 案内用電子メールアドレス ( 詳細報告様式 P3 )  
患者等外部からの問い合わせ用の電子メールアドレスで公開可能なものを記入してください。( 公開できないものは本システムに登録不可としました。 )  
なお、報告いただいたメールアドレスへ医療政策課または医療人材対策室からお知らせのメールを送信する場合がありますので、ご了承ください。  
( [med\\_info@pref.nagasaki.lg.jp](mailto:med_info@pref.nagasaki.lg.jp) ) 等より送信します。 )  
このアドレスに対する迷惑メールフィルタ等の解除をお願いします。

## C : その他

- ( 1 ) 医療法第6条の3により、県に報告した医療機関情報について医療機関で閲覧に供さなければならないとされています。  
各医療機関の情報画面をプリントしたもの等を貴院で閲覧に供してください。