様式第19（第１条関係）

|  |
| --- |
| 地域医療支援病院業務報告書年　　月　　日　愛知県知事殿開設者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　〔法人の場合は、主たる事務所の所在地〕　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　〔法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名〕　　　　　　 　下記のとおり、　　年度の業務に関して報告します。記１　病院の名称等 |
|  | 名称 |  |  |
|  | 所在地 |  |
|  | 診療科名 |  |
|  | 病床数 | 精　　神 | 感 染 症 | 結　　核 | 療　　養 | 一　　般 | 合　　計 |
|  |  |  |  |  |  |
| ２　施設の構造設備 |
|  | 施　　　設　　　名 | 設　　　　　備　　　　　概　　　　　要 |
|  | 集中治療室 | （主な設備）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病床数　　　床 |
|  | 化学検査室 | （主な設備） |
|  | 細菌検査室 | （主な設備） |
|  | 病理検査室 | （主な設備） |
|  | 病理解剖室 | （主な設備） |
|  | 研究室 | （主な設備） |
|  | 講義室 | 室数　　　　　　　収容定員　　　　人 |
|  | 図書室 | 室数　　　　　　　蔵書数　　　　　冊程度 |
|  | 救急用又は患者搬送用自動車 | （主な設備）保有台数　　　　台 |
|  | 医薬品情報管理室 | 〔専用室の場合〕　　　床面積　　　㎡〔共用室の場合〕　　　　　　室と共用 |  |
|  |

備考１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

２　規則第９条の２第１項各号に掲げる事項を記載した書類を添付すること。