地域医療構想調整会議の協議事項に係る事前連絡票

【連絡先】　姶良・伊佐地域振興局保健福祉環境部（姶良保健所）健康企画課企画管理係

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：airaisa-kenkou-kikaku@pref.kagoshima.lg.jp

１　医療機関名

２　開設，増床及び過剰な病床機能（急性期病床，慢性期病床）への転換

　（増床は休棟の再稼働を含む）

⑴　病床機能別の病床数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 計 |
| 現在の病床数 |  |  |  |  |  |
| 増床（転換）後の病床数 |  |  |  |  |  |

⑵　開設，増床又は転換の時期

　　令和　　年　　月　　日頃

⑶　開設，増床又は転換の理由（地域において担う役割，他医療機関との連携など）

３　開設者の変更（個人間の継承を含む）

変 更 前

　　変 更 後

　　変更時期 令和　　年　　月　　日頃

４　医療機関の移転・開設

　　移 転 前 所在地：

　　移 転 後 所在地：

　　移転時期　令和　　年　　月　　日頃

　　担っている政策医療

５　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 部 局 名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

（留意事項）

　事前連絡票は可能な限り早期に御提出いただきますようお願いします。

　調整会議又は部門会への出席を要請する場合がありますので，御協力をお願いします。