

様式 1 (新規開業を行う場合)

令和 年 月 日

**新規開業に伴う外来医療提供等報告書**

福岡県保健医療介護部医療指導課長 殿

報告者 \_\_\_\_\_

私は、新たに無床診療所を開設し、今後、下記の機能について担う予定としておりますので、福岡県外来医療計画に基づき、その情報を予め構想区域地域医療構想調整会議に報告します。

**1 開設者・施設情報 (所要事項をご記入ください)**

	開 設 者	施 設
氏名又は名称		
住所	〒	〒
電話番号		
FAX 番号		
担当者(所属・氏名)		

**2 今後担う予定の外来医療機能**

開設予定年月日	令和 年 月 日
標榜科目	
担う予定の外来医療機能 (右記の該当箇所に○をつける)	①学校医 (園医) ②産業医 ③予防接種 ④乳幼児健診 ⑤特定健診 ⑥往診・緊急往診 ⑦訪問診療 ⑧休日急患センターへの出務 ⑨在宅当番医 ⑩介護認定審査会への出務 ⑪主治医意見書の作成 ⑫死亡診断書・死体検案書の作成 ⑬特養の配置医
上記以外の方法により、区域において不足する外来医療機能を担う場合	(記入例) ・区域において不足していると考えられる○○科を開設するもの ・最寄りの医療機関まで自動車でも△△分超かかるなど□□科が不足していると考えられる××地域で開設するもの。

<留意事項>

(1) 外来医療計画により、外来医師多数区域においては、原則としてそれぞれの区域で不足する外来医療機能を担っていただくこととしております。

外来医師多数区域：福岡・糸島区域、朝倉区域、久留米区域、八女・筑後区域、有明区域、飯塚区域、直方・鞍手区域、田川区域、北九州区域

(2) 「2 今後担う予定の外来医療機能」で担う機能が当区域で不足する機能に該当しない場合や新規開業者が区域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等においては、原則、地域医療構想調整会議に出席して頂き、その理由等※を含め、協議を実施します。

また、その協議結果は、福岡県の HP において公表します。

※区域で不足する外来医療機能を担わない場合は、その理由を記入してください。

(Empty rounded rectangular box for entering reasons for not providing services in the area.)

【提出先】 福岡県保健医療介護部医療指導課医療計画係あて  
(メールで提出願います) E-Mail : iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【以下は記入不要です】

審査・協議結果等	
① 議長の審査結果	会議招請必要 ・ 会議招請不要
② 調整会議の協議結果	