

令和7年度診療所立入検査表 No.1

調査年月日 年 月 日		保健福祉(環境)事務所				調査員			
診療所名									
許可病床		床	診療科名						
所在地		TEL							
開設者		開設年月日 . .			管理者				
職員	医師(常勤)		人	歯科医師(常勤)		人	薬剤師(常勤)		人
	医師(非常勤)		人	歯科医師(非常勤)		人	薬剤師(非常勤)		人
	看護師(准看含む)		人	看護補助者		人	診療放射線技師		人
	臨床検査技師		人	理学療法士		人	作業療法士		人
	歯科衛生士		人	歯科技工士		人	事務員その他		人
医療従事者等	職種	氏名	登録番号 登録年月日	常勤	非常勤	健康診断	本人確認	備考(確認書類等)	

※「医療従事者等」の欄には、医療従事者以外の職員についても氏名等を記入すること。

※「本人確認」の欄は、医師のみを対象とし、確認できた場合には「○」、確認できなかった場合は「-」を記入すること。

令和7年度診療所立入検査表No.2

【療養病床を有する診療所】

(調査年月日) 年 月 日		保健福祉(環境)事務所			調査員	
診療所名						
許可病床	床	診療科名				
うち療養病床	( 床)					
所在地					TEL	
開設者		開設年月日	・	管理者		
特定介護療養型医療施設の届出		有・無	条	特定診療所の届出	有・無	条
						(届出年月日) 平成 年 月 日
職種 職員数	医師	看護師・准看護師	看護補助者	薬剤師	その他 医療従事者	事務員
常勤	名	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名	名

【療養病床に係る看護師等の充足状況調】

1 看護師、准看護師及び看護補助者の標準数の計算

職種区分	療養病床の種類別	計算式	標準数
看護師・准看護師 及び看護補助者		人/2	【Ⅰ】 名 (小数点第1位を 切り上げ整数)

2 看護師、准看護師及び看護補助者の常勤換算の計算

職種区分	常勤換算値
看護師・准看護師	【Ⅱ】 名
看護補助者	【Ⅲ】 名
看護師・准看護師 及び看護補助者	【Ⅳ】 名

3 看護師、准看護師及び看護補助者の充足状況の判定

職種区分	標準数	常勤換算値	看護師・准看護師	判定結果
看護師・准看護師 及び看護補助者	【Ⅰ】 名	【Ⅳ】 名	【Ⅱ】(注) 名	適
				不適

注: 【Ⅱ】については、看護師及び准看護師の現員数(常勤換算値)を記入し、1名以上であること。



療養病床に係る看護師、准看護師及び看護補助者の勤務時間の常勤換算算定表

診療所名								常勤の勤務時間	h/週 ①				
氏名	療養病床	換算	月	火	水	木	金	土	日	計	計算	備考	
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
(看・准・補)	専任・兼任	週	日							②	③	$(\text{---} + \text{---}) \times (1/4) = \text{---}$	
		月	宿							④	⑤		
看護師、准看護師の合計人数										看護師、准看護師の常勤換算値の合計 = $\text{---}$		【Ⅱ】	
										$\text{---} \times 2$		名	
看護補助者の合計人数										看護補助者の常勤換算値の合計 = $\text{---}$		【Ⅲ】	
										$\text{---} \times 2$		名	
総計										看護師、准看護師及び看護補助者の常勤換算値の合計 = $\text{---}$		【Ⅵ】	
										$\text{---} \times 2$		名	

注1: 本表には、様式(4)-2に記入した「専任」並びに「兼任」に該当する看護師等の療養病床における業務の従事時間を記入すること。

注2: 備考欄には、変則勤務で週単位でない場合に記入すること。(例: 月1回金曜勤務、隔週勤務、宿直専門等)

注3: 変則勤務で週単位でない場合は、月単位で換算し、各曜日及び計の②、③欄に1か月間に勤務する時間の合計を記入した上で、計算欄において、1週間当たりの勤務時間に換算するために1/4を掛けるものとする。

注4: 常勤換算処理を行う際の端数処理は個人ごとに行うのではなく、全員の数値を積み上げた後で行うものとする。なお、換算値は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで算出すること。(例: 4.45→4.4)

紹介予定派遣職員名簿(医療従事者)

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所		年 月 日現在					
施設名		職 種	医師・歯科医師・看護師・その他( )		必ず確認すべき書類			備 考	
派遣労働者氏名	(※注4) 就業場所	派遣期間(※6か月以内であること)		派遣元事業者名	労働者派遣 契 約 書	派遣先への 通 知 書	派遣先管理 台 帳		
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						

注1 :この派遣職員名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者の職種ごとに作成すること。

注2 :就業場所、派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :病院等においては、6か月を超えて同一の紹介予定派遣者を受け入れてはならないこと。また、同一の業務に係る紹介予定派遣者の受け入れは最長3年であることに留意。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)

産前産後休業、育児休業又は介護休業中の医療従事者に係る派遣職員名簿

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所			年 月 日現在						
施設名				職種	医師・歯科医師・看護師・その他( )			必ず確認すべき書類			備 考
産前産後等休業中 職員氏名	(※注4) 就業場所	派遣労働者氏名	派遣期間(休業予定期間)		派遣元事業者名	労働者派 遣契約書	派遣先へ の通知書	派遣先管 理台帳			
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							
			年 月 日～	年 月 日							

注1 :この派遣職員名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者の職種ごとに作成すること。

注2 :派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :派遣期間は、当該労働者の休業期間に限って認められるものであることに留意すること。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)

へき地にある病院等における労働派遣医師名簿

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所			年 月 日現在				
施設名		他の勤務先		必ず確認すべき書類				備考	
派遣労働者氏名	(※注4) 就業場所	派遣期間(原則1年、最長3年)		派遣元 事業者名	労働者派遣 契約書	派遣先への 通知書	派遣先 管理台帳		事前研修 修了証明書
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						
		年 月 日～	年 月 日						

注1 :他の勤務先については、当該医療機関以外に勤務する医療機関がある場合はその旨を記入すること。

注2 :就業場所、派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :へき地にある病院等においては、原則1年を超えて派遣を受けてはならないが、最長3年まで受け入れることは可能である事に留意すること。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:内科外来診療、内科入院診療等)