８　健康管理の状況

（１）常勤医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　本年　　月　日現在 　　（２）兼任（嘱託）医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本年　　月　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　師　名  区　　分 | |  |  |  | 医　師　名  区　　分 | |  |  |  |
| 診療料目 | |  |  | 医療機関名 | |  |  |  |
| 診療料目 | |  |  |  |
| 給与 | 本俸 | 円 | 円 | 手当 | 月額 | 円 | 円 | 円 |
| 昨年度総支給額(税込み) | 円 | 円 | 昨年度総支給額(税込み) | 円 | 円 | 円 |
| 勤務の形態 | |  |  | 嘱託契約の有無 | |  |  |  |
| 勤務の形態 | |  |  |  |
| １日当たり診療人数 | | 人 | 人 | １日当たり診療人数 | | 人 | 人 | 人 |
| 保険請求の有無 | |  |  | 保険請求の有無 | |  |  |  |

（注）１．保険請求の有無については、嘱託医が医務室で行った診療について、カルテを持ち帰り嘱託医の開業（勤務）する病院（医院等）から請求を行ったもの（薬品等）を含む。

　　　２．常勤医師及び兼任（嘱託）医師については、昨年度から基準日まで勤務した者全員について記入すること。

（３）医務室　　 　（施設内医務室が保険医療機関に指定されている場合の昨年度の収支状況）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療法上の許可 |  |  | 有 　許可年月日・番号 　 ア．診療報酬収入　　　　　　　円 | | | | | | |
|  | | 年　　月　　日  号 　 イ．支出状況 | | | | | | | |
|  | |  | | 施設会計負担額 | 診療所特別会計負担額 | 按分の方法 |  |
|  | 無 |
|  | | | | 人件費 | | 千円 | 千円 |  |
| 保険医療機関の指定 |  |  | 有 （　　年　　月　　日） |  | 医師 |  |  |  |
|  | |  | |
| 看護師 |  |  |  |
|  | 無 | その他( 　) |  |  |  |
|  | | | |
| 薬剤費 | |  |  |  |
| 光熱水料 | |  |  |  |
| その他（　 ) | |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |

（４）診療の状況　　 　　 　　本年　　月の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 施設医務室における診療 | | | | 他の医療機関における診療 | | | |
| 診療総数 | | 左のうち保険請求を伴う診療 | | 入　　　　　　　院 | | 通　　　　　　　院 | |
| 実　人　員 | 延べ診療日数 | 実　人　員 | 延べ診療日数 | 実人員 (A) | 延べ入院日数  (B) | 実人員 (C) | 延べ診療日数  (D) |
| 診  療  科  目 | 内科系疾患 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外科系疾患 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精　神　科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 皮　膚　科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 眼　　　科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 歯　　　科 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| そ　の　他 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１．本表は、基準日の属する月(１か月間)における診療状況を記入すること。

　　　２．複合疾患等により診療料目別に記入できない場合は、「その他」欄に記入すること。

（５）協力医療機関（昨年度の状況） 　 （６）医薬品・衛生材料の購入状況（昨年度の状況）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名 | （公営・私営の別） | （公営・私営の別） |  |  | 購入金額 | 主　な　購　入　品　名 |
| 医　薬　品 | 千円 |  |
| 診療科目 |  |  |
| 病床数 | 床 | 床 |
| 施設からの距離 | ㎞・車で 分 | ㎞・車で 分 |
| 契約の有・無 |  |  | 衛生材料 | 千円 |  |
| 委託金額（年額） | 千円 | 千円 |
| 法人・施設との関係 |  |  |
|  |  |  |
| （注）１．協力医療機関が複数の場合には、それぞれ記入すること。  　　　２．「法人・施設との関係」欄には、例えば理事長が医療法人の理事長を兼ねてい  　　　　　る場合には、「理事長経営の医療法人立病院」等と記入すること。 | | | | |
| 計 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設会計分に限る。（７）定期健康診断等（昨年度の状況）

　ア　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）、結核、疥癬等感染症の予防対策及び 　ウ　職員の定期健康診断

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| その実施状況 | | | | | | | 期　日 | 対象人員 | 対象職種 | 検　査　内　容 | 検査結果 | 検査機関 |
|  |  | | | | |  |
|  |  | 全職員  夜勤者 |  |  |  |
|  | | | | |
| イ　入所者の定期健康診断 | | | | | | |
| 成人病検診 | 期　　日  実施人員 | | | | |
|  | 期　　日 | 対象人員 | 検　査　内　容 | 検　査　結　果 | 検　査　機　関 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |
|  | | | | | | | |