

救急告示医療機関の認定に係る手続き  
 申出書類チェックシート

## 1. 提出書類の確認

以下の書類が全て揃っているか

✓	書類名	サイズ	部数
<input type="checkbox"/>	救急業務協力申出書（新規・更新）	A4	2部 （電子データで提出する場合は1部）
<input type="checkbox"/>	救急医療担当常勤医師略歴書		
<input type="checkbox"/>	協力医療機関同意書		
<input type="checkbox"/>	施設周辺の見取図及び施設平面図		
<input type="checkbox"/>	児童虐待早期発見のための体制整備確認書及び添付資料		

## 2. 記載内容の確認

救急業務協力申出書（新規・更新）

✓	確認事項	備考
<input type="checkbox"/>	日付は記載されているか	
<input type="checkbox"/>	開設者住所・開設者氏名は記載されているか	法人の場合の開設者氏名は、法人名及び代表者職・氏名
<input type="checkbox"/>	「(新規・更新)」の該当する方を選択しているか	
<input type="checkbox"/>	医療機関名は正式名と略称の両方が記載されているか	正式名は医療法上の届出名称
<input type="checkbox"/>	開設年月日は開設後1年以上経過しているか	
<input type="checkbox"/>	所在地・近畿厚生局医療機関コードが記載されているか	
<input type="checkbox"/>	標榜診療科目は全て記載されているか	
<input type="checkbox"/>	救急協力診療科目の記載漏れはないか	
<input type="checkbox"/>	【非通年制・輪番制のみ】当番曜日が記載されているか	
<input type="checkbox"/>	救急協力診療科目は1科目につき2床以上確保されているか	専用病床・優先病床どちらでも可
<input type="checkbox"/>	救急協力診療科目は1科目につき常勤医2名以上か	非通年制・輪番制は1名で可
<input type="checkbox"/>	医師の勤務体制の該当する方を選択しているか	
<input type="checkbox"/>	協力医療機関は1医療機関以上あるか	
<input type="checkbox"/>	救急医療情報システム端末機の記載漏れはないか	
<input type="checkbox"/>	必要な医療施設・設備を全て保有しているか	
<input type="checkbox"/>	付近道路の幅員は4m以上あるか	4m未満であった場合、所管消防機関が搬送に支障がないと認めれば可
<input type="checkbox"/>	救急車の通行や搬入口への接着に問題はないか	
<input type="checkbox"/>	児童虐待早期発見のための体制はA・Bいずれも満たしているか	BについてはB-1又はB-2のいずれかを必ず満たすこと
<input type="checkbox"/>	児童虐待早期発見のための体制の記載漏れはないか	

二次救急告示医療機関用

<input type="checkbox"/>	救急医療に関する研修の受講状況を過去 3 年度分記載されているか	
<input type="checkbox"/>	災害対応のための準備の記載漏れはないか	

救急医療担当常勤医師略歴書

<input checked="" type="checkbox"/>	確認事項	備考
<input type="checkbox"/>	申出書に記載した常勤医師全員分の略歴書があるか	
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号・医籍登録年月日が記載されているか	
<input type="checkbox"/>	担当する救急協力診療科目の臨床経験年数が5年以上あるか	

協力医療機関同意書

<input checked="" type="checkbox"/>	確認事項	備考
<input type="checkbox"/>	日付が記載されているか	
<input type="checkbox"/>	新規作成した原本で間違いないか	コピーや以前提出したものの再利用は不可

施設周辺見取図及び施設平面図

<input checked="" type="checkbox"/>	確認事項	備考
<input type="checkbox"/>	幹線道路からの経路を記載しているか	
<input type="checkbox"/>	通行する各階の平面図が全てあるか	搬入経路として通行しない階の平面図は不要
<input type="checkbox"/>	経路は朱線表示されているか	
<input type="checkbox"/>	【外科系診療科目のみ】手術室までの経路が記載されているか	

児童虐待早期発見のための体制整備確認書及び添付資料

<input checked="" type="checkbox"/>	確認事項	備考
<input type="checkbox"/>	日付は記載されているか	
<input type="checkbox"/>	医療機関名・所在地・回答者は記載されているか	
<input type="checkbox"/>	児童虐待に関する外部機関との連絡窓口の項目は全て記載されているか	すみやかに発信ならびに受信の連絡ができるよう、全時間帯の窓口担当者情報を記載
<input type="checkbox"/>	B-1 又は B-2 を選択しているか	両方選択可
<input type="checkbox"/>	【B-1 のみ】設置要綱・委員名簿・組織体制図の3点の写しが添付されているか	「組織体制図」では、チームとして対応する院内の組織構成を示す ※イメージ図は、「(改訂版)医療機関における子ども虐待予防早期発見初期対応の視点」P.37-38 および「医療機関用対応シート」P.6に掲載
<input type="checkbox"/>	【B-2 のみ】児童虐待対応マニュアルの写しが添付されているか	以下3点が含まれていること ・チェックリスト又はアセスメントシート ・児童相談所の連絡先一覧 ※移転に伴う名称・所在地・電話番号の変更に注意 ・時間帯別（平日時間内、平日時間外、土・日・祝等）の児童虐待対応のフローチャート
<input type="checkbox"/>	添付資料は全て A4 サイズか	