参考様式（臨床実習施設の概要）

**臨床実習施設の概要**

〔救急救命士養成所名〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床実習施設名  （病院長名） |  | |
| (１)地域における救急医療体制の位置付け | 三次救急医療機関　・　二次救急医療機関  初期救急医療機関　・  その他（　　　　　　　　　） | |
| （２）一般病床数 |  | |
| （３）大学附属病院  　　臨床研修指定病院  　　の　　　有　　　無 | 大学附属病院 | 有　 ・ 　無 |
| 臨床研修指定病院 | 有　 ・　 無  （指定年月日：　　年　　月　　日） |
| 消防学校の救急科課程における実習施設先 | 有　 ・　 無 |
| （４）標榜診療科目 | 科目数：  科目名： | |
| （５）救急部門の有無 | 有（ 独立 ・ 非独立 ）　・ 無 | |
| （６）救急入院患者数  （　年　間　） |  | |
| （７）集中治療室の有無  ※（　）内は種類を記載 | 有（　　　　　　　　）　・　無 | |
| （８）医療機器の整備状況  ※医療機器名を記載 |  | |
| （９）救急医療の医師専従者数 |  | |
| （10）実習担当管理責任者の有無 | 有　　　・　　　無 | |
| （11）その他（特記事項） |  | |