

助産所施設表

(任意様式1-1)

(令和 年 月 1 日現在)		保健所名 茨城県ひたちなか保健所(※記入不要です)						
立入検査員職氏名								
(1)施設名		(2)所在地						
(3)開設者(管理者と同じ場合は記入不要)				(4)管理者				
(5)許可病床数(有床のみ記載) (床)		(6)一日平均入院患者数(有床のみ記載) (人)			(7)一日平均外来患者数 (人)			
(8)嘱託医氏名								
(9)従事者	職種別	医師	助産師	看護師	准看護師	薬剤師		
	常勤	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	
	非常勤	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)	
(10)設備概要 ※該当するところに○をして下さい。	診察室	有・無	給食施設	有・無	給水施設	有・無		
	手術室	有・無	消毒施設	有・無	洗濯施設	有・無		
	分娩室	有・無	消防用器具	有・無	汚物処理施設	有・無		
	浴室	有・無			排水施設	有・無		
	食堂	有・無						
(11)業務委託	検体検査業務	有・無	医療器具等の滅菌消毒	有・無	患者給食業務	有・無		
	患者搬送業務	有・無	医療器具等の保守点検	有・無	洗濯業務	有・無		
	清掃業務	有・無	医療ガス供給設備の保守点検	有・無	感染性廃棄物の処理	有・無		
(12)建物の構造面積・敷地		建築面積	延床面積	1 診察日及び診察時間		2 診療用エックス線装置		
	耐火構造(コンクリ、鉄骨)	m ²	m ²			(1)型式		
	標準構造(一般家屋)	m ²	m ²					
	計	m ²	m ²			(2)購入年月日 年 月 日		
(13)職員名簿(職員数の多い診療所については、裏面様式「(13)職員名簿」にご記入ください。)								
職種	氏名	生年月日	住所	免許の保有状況		就職年月日	備考	
				免許番号	登録年月日			

(注)・この表は、立入検査日の属する前月の1日現在で作成して下さい。

