

(様 式 7)

母体保護法設備指定原簿

年 月 日

所属地区医師会：

申請者氏名：

印

1	医療施設名	
2	所在地	〒 TEL ー ー
3	管理者氏名	
4	設備指定番号	※設備指定番号がある場合のみ記入してください 113ー
5	診療科目	産・婦・内・外・小・精・神・整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他（ ）
6	病床数	室 床 当直室 有・無
7	産婦人科施設	分娩室 有・無 手術室 有・無 回復室 有・無
8	産婦人科設備	分娩台（有・無） あるいは 手術台（有・無）
		麻酔器（有・無） あるいは 蘇生器具（有・無）
		呼吸心拍監視装置（有・無） あるいは パルスオキシメーター（有・無）
		転送電話（有・無） あるいは 携帯電話（有・無）
9	従事者数	医師 計 名（内訳：常勤 名／非常勤 名）
		看護師 名 助産師 名 准看護師 名
		医療施設全体の1日当たりの当直医 名 看護補助者 名

※必要事項を記入または○で囲んでください

※施術場所の平面図を添付してください