

(様 式 7)

母体保護法設備指定原簿

西暦 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 — —					
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—					
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