

この部分は記入しないで下さい。

三重県医療機能報告書(助産所)

医療法により、各医療機関は、医療機関に関する医療機関情報の公表が義務付けられおります。また、同法により、その情報は、ホームページ「医療ネットみえ」にて、国の定める事項に準拠した形で公開が行われます。
つきましては、情報の公開に必要となります当報告書の記入についてご協力をお願いします。

【記入上の注意点】

※1 ご記入は、楷書体またはブロック体でお願いいたします。

(A) 数字・記号の記入例

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	,	.	()	-	_	/	:
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(B) アルファベットの記入例 ※筆記体でのご記入はご遠慮ください。

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z

※2 ご回答いただいた内容につきまして、不明な点等があった場合に、調査実施者より確認のお電話をさせていただくことがあることをご了承ください。

※3 県のシステム運営上、記載事項が不適切と判断される場合には、内容を修正・削除することがありますのでご了承ください。

【重要】

● 本日現在での記入をお願いいたします。

【お問合せ先】

(受託者)

三重県救急医療情報センター

〒514-0003 津市桜橋二丁目191番地

(TEL) 059-227-3799

(FAX) 059-228-3799

三重県医療機能報告書（助産所用）

【目次】

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	（1）助産所の名称	1
	（2）助産所の開設者	2
	（3）助産所の管理者	2
	（4）助産所の所在地	2
	（5）助産所の案内用の電話番号及びFAX番号	2
	（6）就業日及び就業時間（外来受付時間）など	3
	（7）休業日	4
3	助産所へのアクセス	
	（1）助産所までの主な利用交通手段	6
	（2）助産所の駐車場	6
	（3）案内用ホームページアドレス	6
	（4）案内用電子メールアドレス	6
	（5）インターネット予約	6
	（6）時間外における対応	7
	（7）面会の日及び時間帯	7
4	助産所内サービス・アメニティ	
	（1）対応することができる外国語の種類	8
	（2）障害者に対するサービス内容	9
	（3）車椅子利用者に対するサービス内容	9
	（4）受動喫煙を防止するための措置	9
5	費用負担等	
	（1）クレジットカードによる料金の支払いの可否	9
6	診療内容、提供保健・医療・介護サービス	
	（1）提供サービス	9
	（2）助産所の業務形態	9
7	医療の実績、結果に関する事項	
	（1）助産所の人員配置	10
	（2）分娩取扱数	10
	（3）妊産婦等満足度の調査	10
	（4）（財）日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	10

所属都市医師会

所属都市医師会																						
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【 1 連絡担当者】

記入日	令和			年			月			日													
記入者フリガナ																							
記入者（問い合わせ先）																							
役職名																							
所属																							
連絡先電話番号										-													
連絡先FAX番号																							
電子メールアドレス																							

【 2 基本情報】

【 2】 (1) 助産所の名称

正式名称フリガナ (医療法届出正式名称)																							
正式名称 (医療法届出正式名称)																							
略称フリガナ ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。																							
略称 ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。																							
英語表記 (ローマ字表記)																							

(ローマ字表記記入例)

・ ○○助産所 → MaruMaru Josanjo

【2】（2）助産所の開設者

開設者名(フリガナ)																				
開設者名																				

【2】（3）助産所の管理者

管理者名(フリガナ)																				
管理者名																				

【2】（4）助産所の所在地

郵便番号				—																
所在地(フリガナ)																				
所在地																				
英語表記																				

※必ず7桁で記入してください。

※ビル名、号室等まで正確に記入してください。

(英語表記記入例)

・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → 1-2-3 marumaru Bldg. 5F, marumaru-town, marumaru-city

※データベース管理の都合上、所在地の「字(あざ)」表記は省略して登録いたします。

【2】（5）助産所の案内用の電話番号及びFAX番号

1. 住民案内用電話番号					—					—				
2. 夜間・休日住民案内用電話番号 ※夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。					—					—				
3. 住民案内用FAX番号					—					—				

【2】(6) 就業日及び就業時間(外来受付時間)など

基本となる就業時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

基本となる 外来受付時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

予約	区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
初診時の予約	就業時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								
再診時の予約	外来受付時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								

外来受付時間等に関する特記事項

外来特記事項																				

【2】（7）休業日

休業日について、該当する項目に「O」を記入してください。

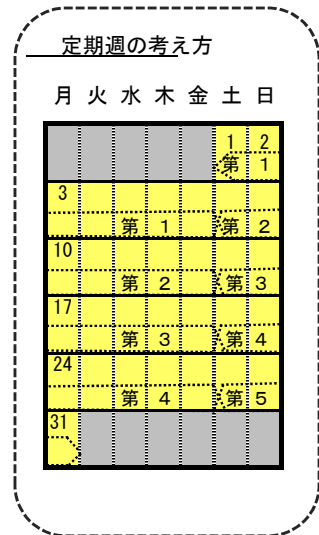
該当する曜日に「O」を記入してください。

※休業として「O」を記入した曜日について、『【2】－（6）就業日及び就業時間（外来受付時間）など』で該当の曜日に記入がある場合、その曜日の診療時間帯は『【2】－（6）就業日及び就業時間（外来受付時間）など』で記入された時間帯を無効として登録しませんので、注意してください。

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日

該当する週、曜日に「O」を記入してください。

決まった週に休業 (定期週)		月	火	水	木	金	土	日
	第1							
	第2							
	第3							
	第4							
	第5							



祝日に休業する場合、「O」を記入してください。

祝日に休業	
-------	--

年末年始、お盆等、休業日として設定されている日を記入してください。

その他の休業日			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日

【3】（6）時間外における対応

時間外における対応を実施している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 就業時間外における対応が可能	

【3】（7）面会の日及び時間帯

面会時間の指定の有無について、該当する項目に「○」を記入してください。

時間指定あり・・・ 時間指定なし・・・ 面会なし・・・

※「時間指定あり」の場合、曜日と面会時間について記入してください。

※面会時間の時間帯は24時間表示で記入してください。

1. 全ての曜日で同じ・・・

時間帯 1		時		分～		時		分まで
時間帯 2		時		分～		時		分まで
時間帯 3		時		分～		時		分まで

2. 曜日毎に異なる・・・

	曜日								面会時間								
	月	火	水	木	金	土	日	祝									
01									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
02									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
03									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで

【4 助産所内サービス・アメニティ】

【4】(1) 対応することができる外国語の種類

該当する言語の対応レベルに○を記入してください。

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能
レベル4	対応不可

言語名		対応レベル			
01	英語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
02	広東語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
03	北京語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
04	台湾語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
05	ハンガル	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
06	タイ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
07	フィリピン語（タガログ語）	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
08	インドネシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
09	トルコ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
10	フランス語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
11	ポルトガル語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
12	ドイツ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
13	ロシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
14	イタリア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
15	スペイン語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入してください。

言語名	対応レベル		
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3
	レベル1	レベル2	レベル3

【4】（2）障害者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 手話による対応		04 施設内点字ブロックの設置	
02 施設内の情報の表示		05 点字による表示	
03 音声による情報の伝達			

【4】（3）車椅子利用者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 車椅子利用者への配慮 （施設のバリアフリー化の実施）		02 車椅子対応トイレ	

【4】（4）受動喫煙を防止するための措置

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内における全面禁煙の実施		02 喫煙室の設置	

【5 費用負担等】

【5】（1）クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードでの支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を記入してください。

項目名	該当
01 クレジットカードによる料金の支払いが可能	

使用可能な カードの種 類	項目名												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

【6】（1）提供サービス

項目名	該当	項目名	該当
01 家族付き添い室の設置		05 家族計画指導 （受胎調節実地指導を含む。）	
02 周産期相談		06 女性の健康相談	
03 母乳育児相談		07 訪問相談又は訪問指導	
04 栄養相談			

【6】（2）助産所の業務形態

以下の項目に該当する場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 助産所内における業務の実施		02 出張による業務の実施	

【7 医療の実績、結果に関する事項】

【7】（1）助産所の人員配置

現在の従事者数を、常勤、非常勤（※常勤換算）の別に記入してください。

※非常勤の常勤換算は、医療法上の算定式に基づき、小数点以下第1位までを算出して記載してください。

職 種	現在の従事者数（人）		
	総数	常勤	非常勤
	01	02	03
看護師及び准看護師	01		
助産師	02		

【7】（2）分娩取扱数

分娩を実施していれば「実施」欄に「○」を記入し、前年度（4月～3月）における分娩取扱数を記入してください。

項目名	実施	前年度件数
01 分娩取扱数		件

【7】（3）妊産婦等満足度の調査

実施しているものについて、該当する項目があれば「実施」欄に○を記入してください。

項目名	実施	項目名	実施
01 妊産婦等満足度の調査の実施の有無		02 妊産婦等満足度の調査結果の提供の有無	

【7】（4）（財）日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無

項目名	実施
01 (財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	

御協力ありがとうございました。