

# 外来医療機能に関する意向調書

年 月 日

埼玉県知事 様

住 所

提出者 氏 名

連絡先 (電話)

(E-mail)

## 1 診療所の名称等

ふりがな		
名 称		
開設の場所	〒	— 電話番号
診療科目		
管 理 者	住 所	
	氏 名	

## 2 地域医療への協力意向の有無について

合意する → 3 の質問にお進みください。

合意しない

(理由: )

## 3 現在、特にこの医療圏で不足する外来医療機能の実施について

さいたま医療圏では、「第8次埼玉県地域保健医療計画（令和6年3月策定）」において、以下の機能が不足しているとしています。以下の機能について、ご協力可能な場合は、チェックをお願いします。

夜間や休日等における地域の初期救急医療の実施

在宅医療（往診・訪問診療）の実施

介護認定審査の実施

公衆衛生の実施（以下のご協力可能な機能にチェックをお願いします。）

(学校医 警察嘱託医・協力医 行政機関からの委員等就任依頼への対応)

※ 本資料は、郵送またはメールにて、さいたま市地域医療課までご提出ください。また、回答内容につきましては、「埼玉県さいたま地域医療構想調整会議」において、報告させていただきます。なお、「2 地域医療への協力意向の有無について」の合意いただけなかった開設者に対しては、同会議への出席及び説明を求める場合があります。

※ ご協力いただける医療機関の名称・連絡先等を、関係行政機関及びさいたま市内の医師会に提供させていただきます。地域で不足する医療機能へのご協力を求めるため、上記の関係機関等から個別に連絡させていただく場合があります。

【提出先】さいたま市保健衛生局保健部地域医療課 管理調整係  
〒330-9588  
埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4  
電話番号：048-829-1292  
E-mail：chiiki-iryu@city.saitama.lg.jp