**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 |  |  |
|  | 〒 | －  　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|  |  |  |
| 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

　※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。

【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-iryo@city.saitama.lg.jp