

緊急臨時的医師派遣事業
運営委員長 様

医療機関名

開設者又は管理者名
(いずれかを抹消してください)

印

医師派遣依頼書

1 医師派遣要請医療機関の概要

医療機関名											
所在地及び 開設者氏名	〒					電話番号					
						FAX番号					
派遣先医療機関の管理者	職・氏名					備考: 上段が管理者名の場合は、左欄の記載は不要です。					
派遣先医療機関事務長又は課長	職・氏名					E-mail: (必須)					
事務担当者	職・氏名					E-mail: (必須)					
標榜科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 消化器(内・外)科 <input type="checkbox"/> 循環器(内科) <input type="checkbox"/> 呼吸器(内・外)科 <input type="checkbox"/> (脳)神経内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 内分泌科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 人工腎臓(透析) <input type="checkbox"/> ()										
<input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れること。											
派遣を希望する 同じ診療科を有する他の医療施設の状況を記載すること	(貴自治体内の状況)										
医療機関職員数	医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床検査技師	診療放射線技師	PT・OT・ST等	臨床工学技士	事務職員	その他の職員	***
	常勤										***
	非常勤										***
医師数(再掲)	常勤換算後の医師数(人)			標準数(人)		充足率(%)		(令和 年 月 日現在)			
主な設備	検査機器										
	撮影装置										
	診療機器										
病床区分	合計	一般	療養	精神	結核	感染	人工腎臓				
許可病床数	床	床	床	床	床	床	床				
病床利用率	%	%	%	%	%	%	令和 年 月 日現在				
平均在院日数	日	日	日	日	日						
一日平均患者数	合計	内科	外科	()科	()科	()科	()科				
	入院	人	人	人	人	人	人				
	外来	人	人	人	人	人	人				

2 派遣依頼の内容

運営委員会記載欄

① 医師派遣を依頼することとなった理由（特に医師の動向を詳しく記載。）

10万人対医師数
 全道平均
 238.3 人
 （事務局記載）
 申請のあった地域
 二次医療圏名
 （ ）
 10万人対医師数
 （ ）人

② 派遣を希望する診療科医師は、該当する口欄にチェックを付すこと。

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 |
| <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 救急科 |
| <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 総合診療科 | <input type="checkbox"/> 消化器(内・外)科 | <input type="checkbox"/> 循環器(内)科 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器(内・外)科 | <input type="checkbox"/> (脳)神経内科 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 内分泌科 |
| <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 人工腎臓(透析) | <input type="checkbox"/> () | |

③ 派遣を希望する理由について、該当する口欄にチェックを付すこと。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 退職（ ）月退職予定 | <input type="checkbox"/> 退職後確保の目処がたたない（ ）月退職 |
| <input type="checkbox"/> 大学に戻ったあとの補充がない | <input type="checkbox"/> 休暇取得等に伴う代替医師派遣 |
| <input type="checkbox"/> 学会参加による代替医師派遣 | <input type="checkbox"/> 疾病治療（療養を含む）のため |
| <input type="checkbox"/> 人間ドッグ等の受診のため | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

④ ①～③に係る診療科医師の動向を記載すること。（過去1年以内）

医師名	職名	年齢	在勤年数	出身大学	診療科	異動年月日

⑤ 派遣医師の勤務形態の欄にチェックを入れ、必要事項を記載すること。

- 非常勤（下欄に記載出来ないときは、別紙を作成し添付願います。）
- 週（ ）回 ⇒ 具体の曜日 ⇒ []
- 週（ ）回 ⇒ 具体の曜日 ⇒ []
- （ ）
- 月（ ）回 ⇒ 具体の曜日 ⇒ []
- （ ）

⑥ 派遣を依頼する期間を記入すること。（最長で6ヵ月間です。）

令和 年 月 日～令和 年 月 日

⑦ 派遣医師の勤務時間及び宿日直等の有無を記入すること。

- 平日（ ）時 分～（ ）時 分）
- 金曜日（ ）時 分～（ ）時 分）
- 土曜日（ ）時 分～（ ）時 分）
- 日曜日（ ）時 分～（ ）時 分）
- 日直あり・なし 日・宿直あり オンコール体制
- 宿直あり・なし 日・宿直なし その他（ ）

