

(※1月分として記入例を挙げたものです)

派遣医師勤務確認票

緊急臨時的医師派遣事業  
運営委員長 様

該当月を必ず記入して下さい

12月に係る派遣日数については12月の確認票で算定済みです。  
この欄については1月分についてのみ記入願います。

〇〇年度 緊急臨時的医師派遣事業に係る 1月分の勤務状況は次のとおりです。

番号	派遣元医療機関名	診療科 派遣医師氏名	勤務状況 (下記の欄の記号・番号で記入願います)			派遣期間	派遣日数 (重複日再掲)	宿泊(有無)	
			勤務内容	勤務時間	勤務中に診察した患者数			有	無
※1	〇〇病院	内科 鈴木 一郎	D	⑥	0人	12月30日～1月2日	2日	有	無
2	〇〇病院	内科 山田 花子	D	⑤	3人	1月26日～27日	2日	有	無
3	〇〇病院	循環器科 北海 太郎	C	④	5人	1月27日～29日	3日(2日)	有	無 2と重複
※4	〇〇病院	脳外科 山本 次郎	D	⑥	1人	1月30日～2月1日	2日	有	無
5	〇〇病院	脳外科 齊藤 三郎	D	④	12人	1月8日～9日	2日	有	無 7日前泊
		麻酔科 田中 三郎	A	②	10人	1月6日	1日	有	無
7								無	
8								無	

診療科名ごとに  
まとめて下さい

派遣医師が診察した患者数を必ず  
記入して下さい  
※0人の場合は0人とご記入下さい

1月27日の報償費は番号2で  
算定していますので、  
番号3は重複日を除いた日数を  
( ) 内にご記入下さい

前後泊した場合  
その日にちを  
記入して下さい

<月をまたぐ場合>

12月分の確認票に30～31日の分を記入

※1	〇〇病院	鈴木 一郎	D	⑥	1人	12月30日～1月2日	2日	
----	------	-------	---	---	----	-------------	----	--

2月分の確認票に1日の分を記入

※4	〇〇病院	山本 次郎	D	⑤	3人	1月30日～2月1日	1日	
----	------	-------	---	---	----	------------	----	--

勤務内容

A 外来診療	E オンコール
B 日直業務	F 手術支援
C 宿直業務	G 検診
D 宿日直業務	H ( )

勤務時間

① 9:00～12:00	⑤ 左の①～④以外 (具体の時間記載)
② 9:00～17:00	(18:00～翌9:00)
③ 13:00～17:00	⑥ (18:00～翌々9:00)
④ 18:00～翌9:00	

年 月 日

(派遣先医療機関)

医療機関名:

代表者職・氏名:

印

勤務時間を記載する場合、  
⑤以降は番号を追加してく

注) 該当する全ての派遣元医療機関名・派遣医師氏名・勤務状況(勤務中に診察した患者数)・派遣期間・派遣日数を記入願います。

1. 派遣期間欄には、前月若しくは翌月にかかる派遣日数を含む勤務した日を記入願います。
2. 派遣日数欄には、当該月分の報償費の算定基礎となる日数を記入願います。(前月若しくは翌月にかかる派遣日数は含まれません)
3. 報償費は「1日あたり」で算定されることから、同じ医療機関から同一日に複数の医師が派遣される場合、二人目以降の派遣日数欄には、カッコ内に重複日を除いた派遣日数を記入願います。
4. 摘要欄には、どの医師の派遣期間が重複しているか番号を記入願います。