

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

〇〇〇〇年度 緊急臨時的医師派遣事業に係る〇〇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	勤務状況			派遣期間	派遣日数 (非重複日 再掲)	宿泊(有無)	
			(下記の欄の記号・番号 で記入願います)		勤務中に 診察した 患者数			摘要	
		派遣医師氏名	勤務内容	勤務時間				有	無
1								有	無
2								有	無
3								有	無
4								有	無
5								有	無
6								有	無
7								有	無
8								有	無

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
② 9:00～17:00	(具体的時間記載)
③ 13:00～17:00	(~)
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

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。