

愛知県医療機能情報調査票（助産所用）

【目次】

No.	項 目	
1	連絡担当者	1
2	基本情報	
	（1）助産所の名称	1
	（2）助産所の開設者	2
	（3）助産所の管理者	2
	（4）助産所の所在地	2
	（5）助産所の案内用の電話番号及びFAX番号	3
	（6）就業日及び就業時間（外来受付時間）など	4
3	助産所へのアクセス	
	（1）助産所までの主な利用交通手段	6
	（2）助産所の駐車場	6
	（3）案内用ホームページアドレス	6
	（4）案内用電子メールアドレス	6
	（5）時間外における対応	7
	（6）面会の日及び時間帯	7
4	助産所内サービス	
	（1）対応することができる外国語の種類	8
	（2）障害者に対するサービス内容	9
	（3）車椅子利用者に対するサービス内容	9
	（4）受動喫煙を防止するための措置	9
5	費用負担等	
	（1）クレジットカードによる料金の支払いの可否	9
6	診療内容、提供保健・医療・介護サービス	
	（1）提供サービス	10
	（2）助産所の業務形態	10
7	医療の実績、結果に関する事項	
	（1）助産所の人員配置	11
	（2）分娩取扱数	11
	（3）妊産婦等満足度の調査	11
	（4）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と 同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	11

【1 連絡担当者】

本調査票の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただく担当者を記入してください。

必須	記入日	平成		年		月		日	
必須	記入者フリガナ								
必須	記入者								
	役職名								
	所属								
必須	連絡先電話番号			-				-	内線
	連絡先FAX番号			-				-	
	電子メールアドレス								

【2 基本情報】

(1) 助産所の名称

※貴院の正式名称と略称を記入してください。

必須	正式名称フリガナ (医療法届出正式名称)								
必須	正式名称 (医療法届出正式名称)								
	略称フリガナ ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。								
	略称 ※通常簡略化して使用されている 名称を記入してください。								
必須	英語表記 (ローマ字表記)								

(ローマ字表記記入例)

・〇〇助産所 → MaruMaru Josanjo

(6) 就業日及び就業時間（外来受付時間）など

* 就業時間、外来受付時間は24時間表示で記入してください。

* 記入方法につきましては、最終のシートの記入例をご覧ください。

基本となる就業時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

基本となる 外来受付時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

※初診時・再診時に予約が必要な場合、該当している欄に「○」を記入してください。

予約	区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
初診時の予約	就業 時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								
再診時の予約	外来受付 時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								

(5) 時間外における対応

時間外における対応を実施している場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 時間外における対応	

(6) 面会の日及び時間帯

面会時間の指定の有無について、該当する項目のいずれかに「○」を記入してください。

※貴院が無床の場合は、「面会なし」に記入してください。

必須 時間指定あり・・・ 時間指定なし・・・ 面会なし・・・

※「時間指定あり」の場合、どちらか該当する方に「○」を記入し曜日と面会時間について記入してください。

※面会時間の時間帯は24時間表示で記入してください。

1. 全ての曜日で同じ・・・

時間帯 1	時	分～	時	分まで
時間帯 2	時	分～	時	分まで
時間帯 3	時	分～	時	分まで

2. 曜日毎に異なる・・・

	曜日							面会時間					
	月	火	水	木	金	土	日	祝	時間帯 1	時	分～	時	分まで
01									時間帯 1	時	分～	時	分まで
									時間帯 2	時	分～	時	分まで
									時間帯 3	時	分～	時	分まで
02									時間帯 1	時	分～	時	分まで
									時間帯 2	時	分～	時	分まで
									時間帯 3	時	分～	時	分まで
03									時間帯 1	時	分～	時	分まで
									時間帯 2	時	分～	時	分まで
									時間帯 3	時	分～	時	分まで

【4 助産所内サービス】

(1) 対応することができる外国語の種類

常時対応することのできる外国語がある場合、対応レベルに「○」を記入してください。

必須

言語		対応レベル			
01	英語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
02	広東語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
03	北京語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
04	台湾語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
05	ハングル	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
06	タイ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
07	フィリピン語（タガログ語）	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
08	インドネシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
09	トルコ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
10	フランス語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
11	ポルトガル語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
12	ドイツ語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
13	ロシア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
14	イタリア語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
15	スペイン語	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入し該当する対応レベルに「○」を記入してください。

言語	対応レベル		
	レベル1	レベル2	レベル3

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能
レベル4	対応不可

(2) 障害者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 聴覚障害者への配慮 (手話対応)		04 視覚障害者への配慮 (点字ブロック設置)	
02 聴覚障害者への配慮 (施設内情報表示対応)		05 視覚障害者への配慮 (点字表示対応)	
03 視覚障害者への配慮 (音声による情報の伝達)			

(3) 車椅子利用者に対するサービス内容

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 車椅子利用者への配慮 (バリアフリー構造)		02 車椅子対応トイレ	

(4) 受動喫煙を防止するための措置

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内における全面禁煙の実施		02 喫煙室の設置	

【5 費用負担等】

(1) クレジットカードによる料金の支払いの可否

クレジットカードによる支払いが可能な場合、「該当」欄に「○」を記入し、使用可能なカードの種類を以下に記入してください。

項目名	該当
01 クレジットカードによる支払いが可能	

使用可能な カードの種 類																				

【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】

実施及び設置しているものについて、「該当」欄に「○」を記入してください。

(1) 提供サービス

項目名	該当	項目名	該当
01 家族付き添い室の設置		05 家族計画指導（受胎調節実地指導を含む。）	
02 周産期相談		06 女性の健康相談	
03 母乳育児相談		07 訪問相談または訪問指導	
04 栄養相談			

(2) 助産所の業務形態

以下の項目に該当する場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 助産所内における業務の実施		02 出張による業務の実施	

【7 医療の実績、結果に関する事項】

(1) 助産所の人員配置 ※この項目は、実績等の数値が前年と同じ場合を除き、毎年報告が必要です。

10月1日現在の従事者数を、常勤、非常勤（※常勤換算）の別に記入してください。

※非常勤の常勤換算は医療法上の算定式に基づき、小数点第2位以下を切捨て小数点第1位までを算出して記入してください。

(例) 貴院の定めた常勤の勤務時間が週40時間であり、従事者2人（週40時間が1人、週20時間が1人）の場合

$$\frac{40}{40} = 1人(常勤) \quad \frac{20}{40} = 0.5人(非常勤) \quad \frac{40}{40} + \frac{20}{40} = 1.5人(総数)$$

※担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上してください。

職 種		10月1日現在の従事者数（人）		
		総数 ① (②+③)	常勤 ②	非常勤 ③
		01	02	03
看護師及び准看護師	01			
助産師	02			

(2) 分娩取扱数 ※この項目は、実績等の数値が前年と同じ場合を除き、毎年報告が必要です。分娩を実施していれば「実施」欄に「○」を記入し、前年度（4～3月）における分娩取扱数を記入してください。

項目名	実施	前年度件数
01 分娩取扱数		件

(3) 妊産婦等満足度の調査

実施しているものについて、該当する項目があれば「実施」欄に○を記入してください。

項目名	実施	項目名	実施
01 妊産婦等満足度調査の実施		02 妊産婦等満足度調査結果の提供	

(12) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無

公益財団法人日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入している場合は、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当
01 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	