

(様式2)記載要領

記載事項		区分					
1 施設名等							
(1)	医療機関の種類について、次の区分にしたがって記載。【様式1、2で共通】	1:病院	2:有床診療所	3:有床歯科診療所	4:助産所		
(2)	医療機関名について記載。【様式1、2で共通】						
(3)	医療機関の開設者の種別について、次の区分にしたがって記載。【様式1、2で共通】 ※「2:独立行政法人」には国立大学法人を含む。 「3:都道府県・市町村等」には地方独立行政法人及び一部事務組合を含む。 「4:公的4団体」は、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会及び社会福祉法人北海道社会事業協会である。	1:国	2:独立行政法人等	3:都道府県・市町村等	4:公的4団体	5:個人	6:その他
2 当該施設の基礎データ							
(1)	医療法上の許可病床数およびそのうち休止中の病床数(調査基準日現在で過去1年間、患者の収容を行っていない病床数)を記載。						
(2)	それぞれの職種毎に職員の実人員数を記載。						
(3)	平成24年度における一日平均入院患者数・平均在院日数・一日平均外来患者数を記載。						
(4)	標榜診療科について該当の項目全てに○を入力。						
3 避難訓練							
(1)	消防計画に基づく避難訓練の年間実施回数を記載。						
(2)	夜間訓練又は夜間を想定した訓練実施があったかどうかを回答。						
4 防火・消火用設備の配置状況							
(1)	消火器の有無について記載。	1:有	2:無				
(2)	屋内消火栓の有無について記載。	1:有	2:無				
(3)	屋外消火栓の有無について記載。	1:有	2:無				
(4)	自動火災報知設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(5)	消防機関へ通報する火災報知設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(6)	非常ベルの有無について記載。	1:有	2:無				
(7)	自動式サイレン又は放送設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(8)	誘導灯・誘導標識の有無について記載。	1:有	2:無				
(9)	滑り台の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(10)	避難橋の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(11)	救助袋の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(12)	その他の避難器具の有無について記載。	1:有	2:無				
5 日常的な入院患者の実態把握							
(1)	患者の容態による「担送」、「護送」、「その他」の区分分けの実施の有無を記載。	1:有	2:無				
(2)	重傷等の移動困難な患者を低層階、ナースステーション付近に収容する配慮の有無について記載。	1:有	2:無				
6 夜間(22時～翌朝5時)における防火・避難体制等							
(1)	消防計画上の夜間の届出人数を記載。						
(2)	午前2時時点において勤務する実職員数(直近1ヶ月間における平均的な人数)を記載。						
(3)	夜間の具体的な応援体制を記載。(住み込みスタッフによる応援体制があるなど)						
(4)	夜間の避難・誘導・搬送に関するマニュアルの作成の有無。	1:有	2:無				
(5)	夜間防火管理責任者(防火管理者不在時の代理)を配置しているかどうか有無で回答。	1:有	2:無				
(6)	夜間における平均的な巡視回数を記載。						
7 医療機器の点検管理等							
(1)	電気を使用する医療機器の定期的な(概ね一年に一回程度)電源プラグの点検・手入れの実施の有無。	1:有	2:無				

※同一施設については、様式1、2それぞれにおいて、同一の番号(施設一覧表の番号)を付してください。