

(様式2) 記載要領

記載事項		区分			
1 施設名等					
①	医療機関名について記載。【様式1、2で共通】				
2 当該施設の基礎データ					
(1)	医療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。(消防計画策定義務がない施設の場合は、「-」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		