

様式 1

京都府保健医療計画に係る医療機能明記届

平成 年 月 日

京都府健康福祉部長 様

開設者住所

開設者氏名

印

記入担当者	所 属
	氏 名
	連絡先

京都府保健医療計画に係る「急性心筋梗塞」の医療機能明記について、下記のとおり届け出ます。

記

1. 医療機関名	電話 ()
2. 開設場所	
3. 該当医療機能	・急性期 ・回復期

注意：該当する医療機能を○で囲んでください。

様式 3 の医療機能状況報告書を記入の上、添付してください。

提出方法：下記提出先へ郵送又は F A X で提出して下さい。

【提出先】

〒602-8570 (住所記載不要)

京都府健康福祉部 医療課 医務・看護担当

TEL : 0 7 5 - 4 1 4 - 4 7 4 6

FAX : 0 7 5 - 4 1 4 - 4 7 5 2

様式3

「急性心筋梗塞」の医療機能状況報告書

医療機関名

電話・FAX

記入者(所属・役職・氏名)

記入方法

各項目について、「該当する」又は「該当しない」のいずれかに「○」印を記入願います。特に注記のない場合は、届出日時点の状況を記入下さい。
また、問7については、問1から問6の全てに該当する場合、問12については、問8から問11の全てに該当する場合に「希望する」又は「希望しない」のいずれかに「○」印を記入願います。

I 【急性心筋梗塞の急性期医療を実施している医療機関に伺います。】

番号	項 目	該当する	該当しない
問1	日本循環器学会認定循環器専門医が常勤(※1)している。	循環器専門医 常勤 名	
問2	日本循環器学会認定研修施設若しくは同研修関連施設の基準を満たしている。		
問3	PCI(経皮的冠動脈形成術)が24時間実施可能(※2)である。		
問4	冠動脈バイパス手術等の外科的治療が可能か若しくは可能な医療機関と連携(※3)している。		
問5	包括的リハビリテーション(※4)が実施可能である。		
問6	回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携(※5)が可能であること。		

【問1から問6まで全て該当する医療機関に伺います。】

番号	項目	希望する	希望しない
問7	急性心筋梗塞の急性期医療機能を有する医療機関として、京都府保健医療計画に医療機関名を明記することを希望しますか。(希望される場合、京都府ホームページで公表することとなります。)		

II 【急性心筋梗塞の回復期医療を実施している医療機関に伺います。】

番号	項目	該当する	該当しない
問8	日本循環器学会認定循環器専門医が常勤(※1)している。		
		循環器専門医 常勤 名	
問9	次のいずれかのリハビリテーション料についての届出医療機関である。 心大血管疾患リハビリテーション料 I 心大血管疾患リハビリテーション料 II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I 脳血管疾患等リハビリテーション料 II		
問10	運動療法、食事療法、患者教育などの包括的心臓リハビリテーション(※4)が実施可能である。		
問11	急性期の医療機関や二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携(※5)が可能である。		

【問8から問11まで全て該当する医療機関に伺います。】

番号	項目	希望する	希望しない
問12	急性心筋梗塞の回復期医療機能を有する医療機関として、京都府保健医療計画に医療機関名を明記することを希望しますか。(希望される場合、京都府ホームページで公表することとなります。)		

※1 常勤、非常勤の別は雇用形態による区分とし、非常勤のみで常勤換算後合計1名以上確保される場合は「該当しない」に「○」をしてください。

※2 宿直、オンコールどちらの体制でも可

※3 外科的手術の必要な患者の受入が可能な医療機関との協力体制がとられていること。

※4 機能回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善を目的とする心臓リハビリテーション。

※5 実施予定である場合でも可(ただし、明記後速やかに実施すること)