事務連絡票

◇事前協議対象の施設

|  |
| --- |
| 施設名称 |

◇事前協議担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 | |
| TEL： | FAX： |
| e-mail： | |

◇通知等送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 | |

◇ヒアリング日時の希望について（30分程度。都合が付かない日時に×を記入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ９時～ | 10時～ | 11時～ | 14時～ | 15時～ |
| 12/ 7（月） |  |  |  |  |  |
| 12/ 8（火） |  |  |  |  |  |
| 12/ 9（水） |  |  |  |  |  |
| 12/10（木） |  |  |  |  |  |
| 12/11（金） |  |  |  |  |  |

※ 12/16（水）19～21時の時間帯を指定させていただく場合があります。

詳細は別紙を確認ください。

◇ヒアリング出席予定者（最大３名まで）

※増床計画に係る責任者を含めて構成してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 役職等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

裏面あり

◇配分を希望する病床数（提出日時点で検討中の数値で構いません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 慢性期機能 | □療養病棟入院基本料　　　療養病床　　　　床 |
| □特殊疾患病棟入院料又は特殊疾患入院医療管理料  一般病床　　　　床  □障害者施設等入院基本料　一般病床　　　　床 |
| 回復期機能 | □地域包括ケア病棟入院料　又は　地域包括ケア入院医療管理料  　　　　　　　　　　　　　療養病床　　　　床  一般病床　　　　床  □回復期リハビリテーション病棟入院料  　　療養病床　　　　床  一般病床　　　　床 |
| その他 | □パンデミック発生時に、行政からの要請に応じて速やかに患者の受入を行う病床（入院料等：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（病床機能：□高度急性期　□急性期　□回復期　□慢性期）  　　　　　　　　　　　　　一般病床　　　　床 |
| 合計 | 療養病床　　　　床  一般病床　　　　床 |

◇その他連絡事項

|  |
| --- |
|  |

別紙

○ヒアリング候補日時

|  |  |
| --- | --- |
| 12月７日（月） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 12月８日（火） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 12月９日（水） | ①10：00～10：30、②11：00～11：30、③14：00～14：30、④15：00～15：30 |
| 12月10日（木） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 12月11日（金） | ①9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |

* 次のいずれかに該当する場合は上記に関わらず、12月16日（水）　19～21時の時間帯を指定させていただく場合があります。

該当する場合は、予定を確保いただくようお願いします。

1. 「パンデミック発生時に、行政からの要請に応じて速やかに患者の受入を行う病床」の配分を希望するもの
2. 横浜市内の既存の医療機関でないもの

〇ヒアリング会場

横浜市役所会議室（横浜市中区本町6丁目50番地の10）

※ 開始時間の５分前に17階　病床整備担当あてにお越しください。

※ 以下URLの「目的部署に行くまでのフロー」を確認ください。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/shichosha/access.html>

〇注意事項

感染拡大防止の観点から、マスクを着用の上で来庁ください。また、発熱等の症状がある方についてはヒアリングへの出席をご遠慮ください。