〇送付先〇
茨城県保健医療部　保健政策課国民健康保険室　医療福祉G　東野　あて
〒310-8555　水戸市笠原町９７８番６
Mail：koso9@pref.ibaraki.lg.jp　　ＦＡＸ：029（301）3139

（様式1）

# 【回答票】令和７年度 特別養護老人ホーム等における配置医師等について（記入例）

１．回答者の情報等

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 施　設　名 | 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 | | 職名等 | 事務長 | 氏　名 | △△　〇〇 |
| 連　絡　先 | TEL | 〇〇〇-〇〇〇-××××× | ＦＡＸ | 〇〇〇-〇〇〇-××××× | E-Mail | |
| 記　入　日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |

次年度以降の照会の際に使用させていただく場合がありますので、施設のメールアドレスをご記入ください。

２．施設の状況等　**（令和７年９月１日現在）**　　※該当するものに☑をお願いします。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 施設の種別 | | 特別養護老人ホーム | | | |
| 施設の状況（※１） | 施　設　の　名　称 | 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 | | | |
| | 所　在　地 | 水戸市××町××-× | | | |
| | 開設（経営）主体 | 社会福祉法人〇〇〇 | | | |
| | 開　設　者　名 | △△　〇〇 | | | |
| | 定　員 | 50　名 | | | |
| | 併設保険医療機関の有無（※2） | ☑有　・　□無 | | | |
| | 併設保険医療機関名 | 社会福祉法人〇〇〇　××医院 | | | |
| | 所　在　地 | 水戸市××町××-× | | | |
| | 開設（経営）主体 | 社会福祉法人〇〇〇 | | | |
| | 開　設　者　名 | △△　〇〇 | | | |
| 医師の状況（※３） | 氏　名 | ××　×× | | | |
| | 常勤の有無（※4） | □有　・　☑無 | | | |
| | 配置契約の有無（※5） | □有　・　□無 | 専門の診療科 | 内科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　4日、週　金曜日、　14時　～　15時 | | | 令和５年4月～　令和６年3月 |
| | 所属医療機関名 | 社会福祉法人〇〇〇　△△病院 | | | |
| | 所　在　地 | 水戸市△△町××-× | | | |

［記載上の注意］

１ ※１・施設の状況欄は、施設の現状について記入してください。
※２・「併設保険医療機関の有無」が有である場合は、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号、改正：令和6年３月27日保医発0327第9号）の１の（２）に該当する医療機関の名称等について記入してください。
・「併設医療機関」とは、施設と合築されている、又は施設と同一の敷地内・隣接している等の医療機関を示します。以下に該当する場合は、記入不要です。
・施設内の医務室
・保険医療機関の指定を受けておらず、診療報酬の請求を行わない医療機関

２ ※３・医師の状況欄は、契約しているすべての医師の状況について記入してください。
（最大７名分記入できますが、記入欄が不足する場合は、本様式を複写して記入するなどの対応をお願いします。）
・協力医療機関の記載は不要です。
※４・嘱託契約の場合、嘱託医の配置により人員基準を満たしている場合は対象となります。
※５・「配置契約の有無」が無の場合であっても、医学的健康管理のために定期的に施設を訪問して診療する場合、当該保険医は配置医師とみなされ、対象となります。

※施設の配置医師が8名以上いる場合は、こちらの面を複写の上記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 医師の状況 | 氏名 | | | |
| | 常勤の有無（※） | □ 有　　□ 無 | | |
| | 配置契約の有無（※） | □有　□無 | 専門の診療科 | 契約期間（和暦）： |
| | （契約内容） | 一月当たり　日、週　曜日、　時　～　時 | | 年　月～　年　月 |
| | 所属医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |