

外来医療機能に関する意向調書

年 月 日

埼玉県知事 様

住 所
提出者 氏 名
連絡先 (電話)
(E-mail)

1 診療所の名称等

ふりがな		
名 称		
開設の場所	〒	— 電話番号
診療科目		
管 理 者	住 所	
	氏 名	

2 地域医療への協力意向の有無について

- 合意する → 3 の質問にお進みください。
 合意しない

(理由：)

3 現在、特にこの医療圏で不足する外来医療機能の実施について

さいたま医療圏では、「第8次埼玉県地域保健医療計画（令和6年3月策定）」において、以下の機能が不足しているとしています。以下の機能について、ご協力可能な場合は、チェックをお願いいたします。

- 夜間や休日等における地域の初期救急医療の実施
 在宅医療（往診・訪問診療）の実施
 介護認定審査の実施

※本資料は、郵送またはメールにて、さいたま市地域医療課までご提出ください。また、回答内容につきましては、「埼玉県さいたま地域医療構想調整会議」において、報告させていただきます。なお、「2 地域医療への協力意向の有無について」の合意いただけなかった開設者に対しては、同会議への出席及び説明を求める場合があります。

【提出先】さいたま市保健衛生局保健部地域医療課 管理調整係
〒330-9588
埼玉県さいたま市浦和区常盤6-4-4
電話番号：048-829-1292
E-mail：chiiki-iryo@city.saitama.lg.jp