

医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

令和 年 月 日

福岡県保健医療介護部医療指導課長 殿

報告者 _____

次のとおり、病院・診療所の開設者の変更、医療機関の統廃合、診療体制の変更等を行う予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 開設者・施設情報 (所要事項を御記入ください。)

	開設者	施設
氏名又は名称	医療法人〇〇会	〇〇病院
郵便番号	000-0000	000-0000
住所	福岡市東区〇〇〇 7-7	福岡市東区〇〇〇 7-7
電話番号	000-000-0000	000-000-0000
FAX 番号	000-000-0000	000-000-0000
担当者(所属・氏名)	事務長 〇〇 〇〇	

2 変更内容

(1) 開設者の変更

変更の概要	医療法人▲▲会 〇〇医院の開設者を以下のとおり変更する。 医療機能の変更なし(急性期→急性期)	変更予定日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
変更前	医療法人▲▲会 〇〇医院 (一般10床 療養9床)	
変更後	(令和〇〇年〇〇月〇〇日 変更予定) 医療法人〇〇会 〇〇医院 (一般10床 療養9床)	

注) 上記の変更等に伴い病床の機能等が変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい(以下同じ)。

(2) 医療機関の統廃合等(医療機関間の病床の移動を含む)

変更の概要	同一医療法人内の医療機関を下記のとおり統合する。 病床機能の変更なし(急性期→急性期)	変更予定日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
変更前	医療法人〇〇会 〇〇病院 (一般100床 療養50床) ▲▲クリニック (一般19床)	
変更後	(令和〇〇年〇〇月〇〇日 統合予定) 医療法人〇〇会 〇〇病院 (一般119床 療養50床)	

(3) その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

変更の概要	変更予定日			
	令和	年	月	日
変更前				
変更後				

注) 上記の変更等に伴い病床の機能等も変更となる場合は、「病床機能等の変更に関する報告書」も合わせて提出して下さい。

(4) 変更概要の別紙の有無

変更の概要に関して、別紙がある場合には「有」に、別紙がない場合には「無」に○をしてください。

なお、無床診療所から有床診療所への転換（同一法人内及び同一の二次医療圏内に限る。）を行う場合は、別紙の病床変更等事前計画書を提出して下さい。

別紙の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無
-------	--------------------------------

【提出先】 電子メールで提出願います。

福岡県保健医療介護部医療指導課 医療計画係 宛て

E-Mail : iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【以下は記入不要です。】

審査・協議結果等	
① 議長の審査結果	会議招請必要 ・ 会議招請不要
② 調整会議の協議結果	