

2022年度決算 事業報告書(診療所)

[\(入力例のPDFはこちら\)](#)

顧客コード

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

〒

住所/所在地

氏名/法人名

法人代表者氏名

2022年度事業等の状況を下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

1. お客さまの状況

◎ 報告対象となる会計期間中に生じた内容についてご確認ください。また、下記の変動内容に該当する事象が生じた場合は、お手続きをお願いします。

| 変動内容 | お手続き |
|-------------------------------------|--|
| [1] お客さまの氏名・法人名、住所・所在地、法人代表者の変更 | こちらからお手続きください |
| [2] 開設施設の施設種類、施設名称、所在地の変更 | |
| [3] 保証人の交代、死亡等 | |
| [4] 担保物件の取壊、滅失、所有権の移転、賃借権の設定など | |
| [5] お客さまの経営形態の変更(法人化、吸収・合併、事業の譲渡など) | コールセンターへお電話ください (0570-030-282 平日9:00~17:00) |
| [6] 融資対象施設の休止・廃止 | |

2. 開設施設の状況

◎ 現在開設している施設に関して、次の事項を入力してください。なお、選択肢のある項目については、該当する番号を入力してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|---|----------|-------------|---------|----|----------|----------------|---|--|------------|--|
| 施設名 | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関コード | ◎ 数字10桁の医療機関コードを入力してください。 (都道府県番号2桁、点数表番号1桁、医療機関コード7桁の計10桁で、処方箋等に記載しています) | | | | | | | | | | | |
| 開設状況 | 開設日 | (西暦) | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| | 施設種別 | 1 一般診療所(無床) 2 一般診療所(有床) 3 歯科診療所(無床) 4 歯科診療所(有床) | | | | | | | | | | |
| | 設備状況 | 診察室数(一般診療所) 室 歯科ユニット台数(歯科診療所) 台 | | | | | | | | | | |
| | 立地条件 | 1 住宅地域 2 商業地域 3 医療モール内 4 その他 | | | | | | | | | | |
| | 建物の所有状況 | 1 自己所有 2 賃貸 3 その他 | | | | | | | | | | |
| | 月賃借料 | | | 円 | 延べ床面積 | | | m ² | | | | |
| 院外処方 | 1 なし 2 あり 3 一部あり | | | | | | | | | | | |
| 標榜科目 | ◎ 施設が標榜している標榜科目すべてに「1」を入力してください。 | | | | | | | | | | | |
| | 内科 | 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科(胃腸内科) | | | | | | | | |
| | 腎臓内科 | 神経内科 | 血液内科 | 糖尿病内科(代謝内科) | | | | | | | | |
| | 皮膚科 | アレルギー科 | リウマチ科 | 感染症内科 | | | | | | | | |
| | 小児科 | 精神科 | 心療内科 | 呼吸器外科 | | | | | | | | |
| | 外科 | 心臓血管外科 | 乳腺外科 | 消化器外科(胃腸外科) | | | | | | | | |
| | 気管食道外科 | 泌尿器科 | 肛門外科 | 脳神経外科 | | | | | | | | |
| | 整形外科 | 形成外科 | 美容外科 | 耳鼻咽喉科 | | | | | | | | |
| | 眼科 | 小児外科 | 放射線科 | リハビリテーション科 | | | | | | | | |
| | 産婦人科 | 産科 | 婦人科 | 麻酔科 | | | | | | | | |
| | 病理診断科 | 臨床検査科 | 救急科 | 歯科 | | | | | | | | |
| | 矯正歯科 | 小児歯科 | 歯科口腔外科 | 上記以外の科目 | | | | | | | | |
| | 標榜科目のうち、最も収入割合が高い科目を右のプルダウンから選択してください。 | | | | | | | | | | | |
| | 利用状況 | 外来診療日数 | | | 外来患者延数 | | | (うち遠隔診療実施患者延数) | | | 新来患者数(実人数) | |
| 日/365・366日 | | | 人 | | | 人 | | | 人 | | | |
| 委託の状況 | ◎ 委託の状況について、利用している業務に「1」を入力してください。委託を利用していない場合は委託なしを選択してください。 | | | | | | | | | | | |
| | 医事業務 | 会計・請求 | その他 | 委託なし | | | | | | | | |
| 従事者の状況 | ◎ 従事者の状況について、会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください。(小数点第一位まで) | | | | | | | | | | | |
| | 主な職種の内訳 | 常勤 | 非常勤の常勤換算 | 派遣職員等の常勤換算 | 主な職種の内訳 | 常勤 | 非常勤の常勤換算 | 派遣職員等の常勤換算 | | | | |
| | 医師 | | | | 医療技術員 | | | | | | | |
| | 歯科医師 | | | | 歯科衛生士 | | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | 歯科技師 | | | | | | | |
| | 助産師 | | | | 事務職員 | | | | | | | |
| | 看護職員 | | | | その他の職員 | | | | | | | |
| 看護補助職員 | | | | 合計 | | | | | | | | |

3. 内容の照会先

◎ 上記の報告内容に関しまして、機構から照会する場合がございますので、ご担当者の連絡先を入力してください。

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |
|-------|--|------|--|