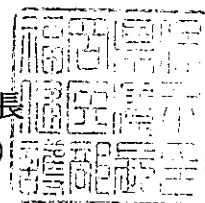


6医指第866号
令和6年8月7日

公益社団法人福岡県医師会長
公益社団法人福岡県病院協会
一般社団法人福岡県私設病院協会
公益社団法人福岡県歯科医師会長
公益社団法人福岡県薬剤師会長
公益社団法人福岡県看護協会
一般社団法人福岡県精神科病院協会
一般社団法人福岡県医療法人協会
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部
福岡県有床診療所協議会

殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課医療計画係)



病床機能等の変更に関する事前の情報提供について（通知）

本県の保健医療行政については、平素から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

標記の件につきましては、令和4年10月28日4医指第1978号により県内の一般・療養病床を有する全ての病院及び診療所に対して、病床機能等の変更に関する事前の情報提供をお願いしているところです。

このことにつきまして、令和6年度診療報酬改定において「地域包括医療病棟」の新設により、新たな入院基本料が設けられたこと等から、今般改めて、別添のとおり依頼を行うことといたしましたのでお知らせします。

貴職におかれましては御了知のうえ、貴会会員に対して御周知いただきますようお願いいたします。

なお、九州厚生局及び保健所設置市並びに保健福祉事務所には、医療機関より診療報酬の届出内容の変更等に関する相談があった場合、県医療指導課に事前に連絡するよう、御案内いただく旨、依頼しておりますことを申し添えます。

(連絡先)

福岡県保健医療介護部医療指導課

医療計画係 吉田

〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

TEL: 092-643-3328 FAX: 092-643-3277

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

(公印省略)

6医指第868号
令和6年8月13日

県内各医療機関の長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長
(医療計画係)

病床機能等の変更に関する事前の情報提供について（依頼）

平素より、本県保健医療行政の推進に、御理解と御協力賜り厚く御礼申し上げます。

県では、団塊の世代の方々が全て75歳以上となる令和7（2025）年に向けて、将来必要となる医療・介護の提供体制を構築していくため、平成29年3月「福岡県地域医療構想」を策定し、各構想区域（県内13の二次保健医療圏）に設置した地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を中心として、病床の機能分化・連携の推進等について関係者間で協議を行っております。

各医療機関において、入院基本料に係る施設基準の届出や病床種別の変更等に伴い病床の機能等が変更となる場合には、事前に福岡県医療指導課に情報提供（報告書の提出）いただくこととしていますが、令和6（2024）年度診療報酬改定において「地域包括医療病棟」の新設により、新たな入院基本料が設けられたこと等から、今般、改めて下記事項について依頼いたします。

今後も調整会議における協議が円滑かつ効果的に行われるよう、事前の情報提供について御理解・御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 様式1「病床機能等の変更に関する報告書」の提出をお願いする場合

(1) 一般病床・療養病床の許可病床数に変更が生じる場合

- ・ 医療機関を開設・廃止する場合
- ・ 一般病床・療養病床間の種別変更を行う場合
- ・ 病床の新たな設置、又は削減や廃止を行う場合
- ・ 療養病床を介護医療院等に転換する場合 など

(2) 医療機能（病床機能）に変更が生じる場合

- ・ 病棟（有床診療所にあつては施設）単位で病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）を変更する場合

(3) 診療報酬における入院基本料に係る施設基準の届出について変更を行う場合

- ・ 急性期一般入院料から地域包括医療病棟入院料（令和6年新設）に変更を行う場合 など

※①過剰な病床機能への転換、②地域包括ケア病棟への転換、③地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟への転換、④病床がすべて稼働していない病棟の再稼働を行う場合は、「病床変更等事前計画書」も併せて提出

2 様式2「医療機関が担う役割等の変更に関する報告書」の提出をお願いする場合

(1) 医療機関の開設者が変更となる場合

- ・ 医療機関の譲渡等に伴い開設者が変更となる場合
- ・ 法人の合併等に伴い開設者が変更となる場合
- ・ 個人開設の医療機関が法人化する場合 など

(2) 医療機関の統廃合（病床の移動を含む）が行われる場合

- ・ 複数の医療機関が統合される場合
- ・ 同一法人間で病床を移動する場合
- ・ 医療機関の移転 など

※ 開設者変更や統廃合により病床機能等に変更が生じる場合は、「様式1」も併せて提出。

(3) その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止・追加等

- ・ 診療体制の縮小により入院の受入を中止する場合など、地域医療の確保に支障が生じる恐れがある場合

3 提出方法

以下の URL から様式をダウンロードし必要事項を入力の上、県医療指導課に電子メールで提出して下さい。

【様式の掲載場所】

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/medical-bed-function-report.html>

【提出先メールアドレス】

iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

4 その他留意事項

- 公的医療機関等 2025 プランの対象病院については、プランの修正等を要請することとなりますので、別途、県医療指導課にご相談下さい。
- 提出された報告様式については、各調整会議の議長に回付され、調整会議への出席・説明を要請するか等を判断することとなります。
- 判断までに一定の期間を必要とすることから、可能な限り早期に（変更を行う時期の3～4か月前まで）に提出いただきますようよろしくお願いいたします。
- 調整会議への出席を要請されましたら、御協力いただくようお願いします。また、議長による判断又は調整会議での協議が終わるまで変更等を行わないよう御協力ください。

【問い合わせ先】

福岡県保健医療介護部医療指導課医療計画係

担当：吉田 TEL：092-643-3328

E-mail：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

入院基本料に係る施設基準の届出や病床の種別（一般・療養）の変更等に伴い、病床の機能等が変更となる場合は、**事前に（変更を行う時期の3～4か月前まで）、福岡県医療指導課に、以下の様式を提出していただきますよう、お願いします（裏面をご参照ください）。**

様式1：病床機能等の変更に関する報告書

様式2：医療機関が担う役割等の変更に関する報告書

※ 様式については以下のURLからダウンロードできます。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/medical-bed-function-report.html>

【提出先】

福岡県保健医療介護部医療指導課 医療計画係

TEL 092-643-3328 E-Mail: iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

- 平成26年度より「病床機能報告制度」が開始され、一般・療養病床を有する県内の病院・有床診療所は、年に1回、当該医療機関が有する**病床の機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）**等について、県に報告することとなっています。
- 県では、医療機関から報告された病床の機能ごとの病床数と平成29年3月に策定した「福岡県地域医療構想」で示された令和7（2025）年の必要病床数を比較し、病床機能の転換について、各二次医療圏に設置された「地域医療構想調整会議」において、関係者間で協議を行うこととしています。
- **病床機能の転換（変更）等を行う病院・有床診療所については、病床機能報告の報告内容と齟齬がないか確認を行うとともに、必要に応じ、地域医療構想調整会議における協議への参加を求める場合があることから、事前に福岡県医療指導課に情報提供いただくよう、お願いします。**

福岡県地域医療構想については、県ホームページをご参照ください。
URL: <http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/fukuoka-imp2017.html>

様式1「病床機能等の変更に関する報告書」の提出をお願いする場合

○ 一般病床・療養病床の許可病床数に変更が生じる場合

- ・ 医療機関を開設・廃止する場合
- ・ 一般病床・療養病床間の種別変更を行う場合
- ・ 病床の新たな設置、又は削減や廃止を行う場合
- ・ 療養病床を介護医療院等に転換する場合 など

○ 医療機能(病床機能)に変更が生じる場合

- ・ 病棟(有床診療所にあつては施設)単位で病床機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)を変更する場合

○ 診療報酬における入院基本料に係る施設基準の届出について変更を行う場合

- ・ 急性期一般入院料から地域包括医療病棟入院料(令和6年新設)に変更を行う場合 など

※ ①過剰な病床機能への転換、②地域包括ケア病棟への転換、③地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟への転換、④病床がすべて稼働していない病棟の再稼働を行う場合は、「病床変更等事前計画書」の提出が必要です。

様式2「医療機関が担う役割等の変更に関する報告書」の提出をお願いする場合

○ 医療機関の開設者が変更となる場合

- ・ 医療機関の譲渡等に伴い開設者が変更となる場合
- ・ 法人の合併等に伴い開設者が変更となる場合
- ・ 個人開設の医療機関が法人化する場合 など

○ 医療機関の統廃合(病床の移動を含む)が行われる場合

- ・ 複数の医療機関が統合される場合
- ・ 同一法人間で病床を移動する場合
- ・ 医療機関の移転 など

※ 開設者変更や統廃合により病床機能等に変更が生じる場合は、「様式1」も併せて提出。

○ その他診療体制の変更、特定の診療科の休止・廃止等

- ・ 診療体制の縮小により入院の受入を中止する場合など、地域医療の確保に支障が生じる恐れがある場合

※ 様式については以下のURLからダウンロードできます。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/medical-bed-function-report.html>

様式1 (病床機能等を変更する場合)

病床機能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・診療所の病床機能等を変更する予定ですので、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 | | |
| 郵便番号 | | |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |
| FAX 番号 | | |
| 担当者(所属・氏名) | | |

2 変更内容

(1) 許可病床の状況

| 変更概要 | | | 変更予定日 | |
|------|-----|---|-------|---------------|
| | | | 令和 | 年 月 日 |
| | 変更前 | | 変更後 | |
| 一般病床 | 床 | ➔ | 一般病床 | 床 |
| 療養病床 | 床 | | 療養病床 | 床 |
| | | | その他 | (介護医療院等への転換数) |
| 合計 | 床 | | 合計 | 床 |

(2) 医療機能の状況 (病棟単位)

※過剰な医療機能への転換又は増床を行う場合は病床変更等事前計画書(別紙)の提出が必要です。

| 変更の概要 | | | | 変更予定日 | | |
|-------|------|-----|---|-------|-------|-----|
| | | | | 令和 | 年 月 日 | |
| | 変更前 | | | 変更後 | | |
| 病棟名 | 医療機能 | 病床数 | ➔ | 病棟名 | 医療機能 | 病床数 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 合計 | — | 床 | | 合計 | — | 床 |

(3) 診療報酬の届出状況 ※地域包括ケア病床がある場合にはその内容も御記入ください。

| 変更の概要 | | | 変更予定日 | | |
|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | | 令和 | 年 | 月 日 |
| 変更前 | | | 変更後 | | |
| 病棟名 | 入院基本料 | 病床数 | 病棟名 | 入院基本料 | 病床数 |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 |
| 合計 | — | 床 | 合計 | — | 床 |

注) 地域医療構想の必要病床数と直近の病床機能報告を比較した場合において、過剰な医療機能へ病床を転換する場合には、医療法第30条の15に基づき、地域医療構想調整会議や福岡県医療審議会において理由の説明を求められる場合があるほか、転換を行わないよう要請・勧告等を行うことがあります。

注) 病床の機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を変更する場合には、医療法第30条の13第2項により、福岡県知事への報告義務が生じるため、この報告とは別に、病床機能報告を提出してください(提出先は、9月~1月の間は厚生労働省の委託先、それ以外の期間は福岡県医療指導課です。)

【医療法第30条の13】

2 病床機能報告対象病院等の管理者は、前項の規定により報告した基準日後病床機能について変更が生じたと認められるときとして厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、速やかに当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

(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、①過剰な病床機能への転換、②地域包括ケア病棟への転換、③地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟への転換、④病床がすべて稼働していない病棟の再稼働を行う場合は、別紙の病床変更等事前計画書を提出してください。

| | |
|-------|-------|
| 別紙の有無 | 有 ・ 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 | |

様式2 (医療機関が担う役割等を変更する場合)

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 | | |
| 郵便番号 | | |
| 住所 | | |
| 電話番号 | | |
| FAX 番号 | | |
| 担当者(所属・氏名) | | |

2 変更内容

(1) 開設者の変更

| 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 | | 変更予定日 | | | |
|-------|--|-------|---|---|---|
| | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 変更前 | | | | | |
| 変更後 | | | | | |

(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ください。

| | |
|-------|-------|
| 別紙の有無 | 有 ・ 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 | |

病 床 変 更 等 事 前 計 画 書

1 病床を変更又は設置する理由

2 病床を変更又は設置する必要性（地域において将来的に必要とされる病床数及び病床機能との関係）
 ※病床機能報告に基づく近隣医療機関の医療提供状況、病院又は診療所の診療時間、医師の専門性（専門医の有無）、診療内容、施設基準、施設認定、直近の平均在院日数、病床稼働率及び直近の救急搬送件数等を客観的指標として記載すること。なお、調整会議議長より、追加で客観的指標を求められることがあります。

3 病院又は診療所が地域で担う役割（提供している医療の内容等）

4 病床変更・設置計画（具体的に記載してください）

(1) 病床変更・設置に伴う工事等の計画

○ 病床変更・設置の形態（新築・増築・改装・一部用途変更）

| | | | | | | |
|------------------|-----|------|-------|-------|------------|----|
| 資 金 計 画 | 事業費 | 建築費 | 土地購入費 | 機器購入費 | その他（什器・備品） | 合計 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 財源 | 自己資金 | 借入金 | 補助金 | その他（リース） | 合計 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

(2) 病院又は診療所の運営計画（雇用計画、病院又は診療所運営計画、他の医療機関との連携等）



様式1 (病床機能等を変更する場合)

病床機能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・診療所の病床機能等を変更する予定ですので、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) 許可病床の状況

| 変更概要 | 一般病床10床を療養病床10床に種別の変更を行う。 | | 変更予定日 | |
|------|---------------------------|------|---------------|--|
| | | | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 変更前 | | 変更後 | | |
| 一般病床 | 100床 | 一般病床 | 90床 | |
| 療養病床 | 100床 | 療養病床 | 110床 | |
| | | その他 | (介護医療院等への転換数) | |
| 合計 | 200床 | 合計 | 200床 | |

(2) 医療機能の状況 (病棟単位)

※過剰な医療機能への転換又は増床を行う場合は病床変更等事前計画書(別紙)の提出が必要です。

| 変更の概要 | 一部病棟を急性期から回復期に病床機能の変更を行う。 | | | 変更予定日 | | |
|-------|---------------------------|-----|------|-------------|-----|--|
| | | | | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| 変更前 | | | 変更後 | | | |
| 病棟名 | 医療機能 | 病床数 | 病棟名 | 医療機能 | 病床数 | |
| 〇〇病棟 | 急性期 | 50床 | 〇〇病棟 | 回復期 | 50床 | |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 | |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 | |
| 〇〇病棟 | | 床 | 〇〇病棟 | | 床 | |
| 合計 | — | 50床 | 合計 | — | 50床 | |

(3) 診療報酬の届出状況 ※地域包括ケア病床がある場合にはその内容も御記入ください。

| | | | | | | |
|-------|---------------------------|-----|---|------|----------------------|-----|
| 変更の概要 | 一部病棟の入院基本料の届出を以下のように変更する。 | | | | 変更予定日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 変更前 | | | → | 変更後 | | |
| 病棟名 | 入院基本料 | 病床数 | | 病棟名 | 入院基本料 | 病床数 |
| 〇〇病棟 | 急性期一般入院料 1 | 50床 | | 〇〇病棟 | 地域包括医療病棟入院料 | 50床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 〇〇病棟 | | 床 | | 〇〇病棟 | | 床 |
| 合計 | — | 50床 | | 合計 | — | 50床 |

注) 地域医療構想の必要病床数と直近の病床機能報告を比較した場合において、過剰な医療機能へ病床を転換する場合には、医療法第30条の15に基づき、地域医療構想調整会議や福岡県医療審議会において理由の説明を求められる場合があるほか、転換を行わないよう要請・勧告等を行うことがあります。

注) 病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を変更する場合には、医療法第30条の13第2項により、福岡県知事への報告義務が生じるため、この報告とは別に、病床機能報告を提出してください（提出先は、9月～1月の間は厚生労働省の委託先、それ以外の期間は福岡県医療指導課です。）

【医療法第30条の13】

2 病床機能報告対象病院等の管理者は、前項の規定により報告した基準日後病床機能について変更が生じたと認められるときとして厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、速やかに当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

(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、①過剰な病床機能への転換、②地域包括ケア病棟への転換、③地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟への転換、④病床がすべて稼働していない病棟の再稼働を行う場合は、別紙の病床変更等事前計画書を提出してください。

| | |
|-------|--------------------------------|
| 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 | |



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 | 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 | 小児科の廃止 | 変更予定日 |
| | | 令和〇年〇〇月〇〇日 |
| 変更前 | 内科、外科、小児科、整形外科 | |
| 変更後 | 内科、外科、整形外科 | |

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 | |