

(別記第1号様式)

年 月 日

鹿児島県知事 三反園 訓 様

所在地
申請者 医療機関名
管理者

印

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院指定申請書

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院として指定を受けたいので、鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院指定要領第4の第1項の規定に基づき、病院概要を添えて申請します。

担当者名
連絡先

病 院 概 要 (申請月前月現在) 【新規申請用】

病 院 名

1 標榜している 診療科目				
2 病床数	総 病 床	床		
	うち脳神経外科 リハビリテーション科 神経内科 整形外科 精神科	床 床 床 床		
3 1日平均患者数	入院(うち, 高次脳機能障害者)	人 (人)		
	外来(うち, 高次脳機能障害者)	人 (人)		
4 職員数		常 勤	非常勤 (常勤換算数)	合 計
	医 師 数		()	
	看 護 師 ・ 准 看 護 師		()	
	理 学 療 法 士		()	
	作 業 療 法 士		()	
	言 語 聴 覚 士		()	
	社 会 福 祉 士		()	
	精神保健福祉士		()	
	臨床心理技術者		()	
5 専門医療相談 の実施体制				
6 専門医療相談の相談件数 (うち, 高次脳機能障害の相談件数)	件 (件) (平成 年 月～平成 年 月)			

7 専門医等の配置 (認定証等の写し を添付)	脳神経外科専門医	有 ・ 無
	リハビリテーション科専門医	有 ・ 無
	神経内科専門医	有 ・ 無
	整形外科専門医	有 ・ 無
	精神科専門医	有 ・ 無
	認知症専門医	有 ・ 無
	高次脳機能障害の診断等の専門 医療について5年以上の経験を 有する医師(従事した期間)	有 ・ 無 (年 月 ～ 年 月)
8 鑑別診断に係る 検査体制	血液検査	有 ・ 無
	尿一般検査	有 ・ 無
	心電図検査	有 ・ 無
	神経心理検査	有 ・ 無
9 神経画像検査の 検査設備	コンピューター断層撮影装置	台
	磁気共鳴画像装置	台
	脳血流シンチグラフィ	台
10 検査設備を有し ていない場合の 他の医療機関と の連携体制 (承諾書を添付)	医療機関名： 所在地： 連携の項目： <input type="checkbox"/> コンピューター断層撮影装置 <input type="checkbox"/> 磁気共鳴画像装置 <input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ	
11 他の医療機関， 保健及び福祉関 係機関の連携状 況		