

調査票（助産所）

機関コード	
機関名称	

1. (1) 基本情報

【連絡担当者】

記入日			
記入者（氏名）			
記入者（フリガナ）			
役職名			
所属			
連絡先電話番号		内線	
連絡先ファクシミリ番号			
電子メールアドレス			

【助産所の名称】

正式名称（フリガナ）	
正式名称	
略称（フリガナ）	
略称	
英語表記（ローマ字表記）	

【助産所の開設者】

開設者名	
フリガナ	

項目名	区分
開設者種別	

※開設者種別は、下記から選択する。

[分類：国]

- 01：厚生労働省
- 02：独立行政法人国立病院機構
- 03：国立大学法人
- 04：独立行政法人労働者健康安全機構
- 05：独立行政法人国立高度専門医療研究センター
- 06：独立行政法人地域医療機能推進機構
- 07：国（その他）

[分類：公的医療機関]

- 08：都道府県
- 09：区市町村
- 10：地方独立行政法人
- 11：日本赤十字社
- 12：社会福祉法人恩賜財団済生会
- 13：社会福祉法人北海道社会事業協会
- 14：厚生（医療）農業協同組合連合会

[分類：保険関係団体]

- 15：国民健康保険団体連合会
- 16：健康保険組合及びその連合会
- 17：共済組合及びその連合会
- 18：国民健康保険組合

[分類：法人]

- 19：公益法人
- 20：医療法人
- 21：私立学校法人
- 22：社会福祉法人
- 23：医療生協
- 24：会社
- 25：その他の法人

[分類：個人]

- 26：個人

【助産所の管理者】

管理者名	
フリガナ	

【助産所の所在地】

郵便番号	
所在地	
所在地（フリガナ）	
英語表記	

【案内用電話番号及びファクシミリ番号】

案内用電話番号							
夜間・休日案内用電話番号							
案内用ファクシミリ番号							
夜間・休日の電話対応が可能な時間帯		～					

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

【就業日（2）休業日】

毎週決まった曜日に休業	月	火	水	木	金	土	日	0：休業 1：就業

決まった週に休業（定期週）		月	火	水	木	金	土	日	0：休業 1：就業
	第1週								
	第2週								
	第3週								
	第4週								
	第5週								

定期週の考え方

月	火	水	木	金	土	日
					1 第1	2
3	4	5 第1	6	7	8 第2	9
10	11	12 第2	13	14	15 第3	16
17	18	19 第3	20	21	22 第4	23
24	25	26 第4	27	28	29 第5	30
31 第5						

項目名	区分	0：休業 1：就業
祝日に休業		

その他の休業日（GW、お盆など、具体的な日付を記入）（2000文字以内）

--

【就業時間（基本となる就業時間）】

基本となる就業時間	時間帯 1		～	
	時間帯 2		～	
	時間帯 3		～	

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

1. (1) 基本情報（就業時間）

【就業日（1）就業曜日】

就業している曜日

月	火	水	木	金	土	日	祝

0：休業
1：就業

【就業時間1～3】

※就業している曜日が「1:就業」の場合、時間帯1～3の該当曜日を記入する。

曜日	時間帯1	時間帯2	時間帯3
月	～	～	～
火	～	～	～
水	～	～	～
木	～	～	～
金	～	～	～
土	～	～	～
日	～	～	～
祝	～	～	～

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

【外来受付時間】

基本となる外来受付時間	時間帯1	～
	時間帯2	～
	時間帯3	～

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

【外来受付時間1】

※就業している曜日が「1:就業」の場合、時間帯1～3の該当曜日を記入する。

曜日	時間帯1	時間帯2	時間帯3
月	～	～	～
火	～	～	～
水	～	～	～
木	～	～	～
金	～	～	～
土	～	～	～
日	～	～	～
祝	～	～	～

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

1. (2) 助産所へのアクセス等

【助産所までの主な利用交通手段】

ルート 1	最寄りの駅の路線名		最寄りの駅の駅名	
	最寄り駅から医療機関までの徒歩による所要時間（分）			
	バスによる医療機関までの経路 1			
	バスによる医療機関までの経路 2			
	バスによる医療機関までの経路 3			
ルート 2	最寄りの駅の路線名		最寄りの駅の駅名	
	最寄り駅から医療機関までの徒歩による所要時間（分）			
	バスによる医療機関までの経路 1			
	バスによる医療機関までの経路 2			
	バスによる医療機関までの経路 3			
ルート 3	最寄りの駅の路線名		最寄りの駅の駅名	
	最寄り駅から医療機関までの徒歩による所要時間（分）			
	バスによる医療機関までの経路 1			
	バスによる医療機関までの経路 2			
	バスによる医療機関までの経路 3			

記載例	最寄りの駅の路線名	JR	最寄りの駅の駅名	東京駅
	最寄り駅から医療機関までの徒歩による所要時間（分）			20
	バスによる医療機関までの経路 1	〇〇〇行き〇〇〇バス停下車	徒歩 5分	
	バスによる医療機関までの経路 2	△△△行き〇〇〇バス停下車	徒歩 5分	
	バスによる医療機関までの経路 3	□□□行き▽▽▽バス停下車	徒歩 8分	

特記事項（主な利用交通手段）（2000文字以内）

【助産所の駐車場】

項目名	有無
駐車場有無	

0：無し
1：有り

「駐車場有無」が「1:有り」の場合、記入する。

駐車場台数	有料	台
	無料	台

特記事項（駐車場）（2000文字以内）

【案内用ホームページアドレス】

案内用ホームページアドレス	
---------------	--

【案内用電子メールアドレス】

案内用電子メールアドレス	
--------------	--

【面会受付時間】

項目名	区分
面会区分	

0：面会なし
1：時間指定あり
2：時間指定なし

項目名	区分
面会時間区分	

1：全ての曜日で同じ
2：曜日ごとに異なる

面会時間			
曜日	時間帯 1	時間帯2	時間帯3
月	～	～	～
火	～	～	～
水	～	～	～
木	～	～	～
金	～	～	～
土	～	～	～
日	～	～	～
祝	～	～	～

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

【予約の有無（１）予約の有無】

項目名	実施	項目名	実施	項目名	実施
初診時予約の実施		再診時予約の実施		完全予約（予約外は診察不可）	

0：実施せず
1：実施

【予約の有無（２）予約用電話番号、予約用ファクシミリ番号、予約用フリーダイヤル、予約用ホームページアドレス又は電子メールアドレス】

予約用電話番号	
予約用ファクシミリ番号	
予約用フリーダイヤル	
予約用ホームページアドレス	
予約用電子メールアドレス	

【助産所の業務形態】

項目名	実施	項目名	実施	項目名	実施	項目名	実施
助産所内における業務の実施		出張による業務の実施		入院による分娩の実施		出張による分娩の実施	

0：実施せず
1：実施

【時間外における対応の有無】

項目名	可否
時間外における対応の有無	

0：不可
1：可能

1. (3) 院内サービス・アメニティ

【外国人の患者の受入れ体制（１）対応することができる外国語の種類】

外国語対応に関する特記事項（2000文字以内）

例）月曜日、水曜日のみ対応可能者がいます。

1. (3) 院内サービス・アメニティ（外国人の患者の受入れ体制）詳細

対応可能な曜日区分 … いずれかに「○」
 対応可能な曜日 … 0：不可 1：可能
 対応可能な時間帯区分 … いずれかに「○」

対応可能言語	対応可能な曜日区分	月	火	水	木	金	土	日	祝	対応可能な時間帯区分	対応可能時間帯	
英語	診療科目・診療日と同じ									診療科目・診療日・診療時間と同じ	時間帯 1	～
	一部の曜日のみ対応可能									限られた時間帯のみ対応可能	時間帯 2	～
	特記事項											
	診療科目・診療日と同じ									診療科目・診療日・診療時間と同じ	時間帯 1	～
	一部の曜日のみ対応可能									限られた時間帯のみ対応可能	時間帯 2	～
	特記事項											
	診療科目・診療日と同じ									診療科目・診療日・診療時間と同じ	時間帯 1	～
	一部の曜日のみ対応可能									限られた時間帯のみ対応可能	時間帯 2	～
	特記事項											

※時間は24時間表記とし、例「9:00～12:00」のように記入する。

【外国人の患者の受入れ体制（２）多言語音声翻訳機器を利用した対応】

項目名	可否
多言語音声翻訳機器を利用した対応	

0：不可
1：可能

【障害者に対するサービス内容】

項目名	可否	
聴覚障害者への配慮（手話による対応）	<input type="checkbox"/>	0：不可 1：可能
項目名	有無	
聴覚障害者への配慮（施設内情報の表示）	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り
項目名	可否	
聴覚障害者への配慮（筆談など文字による対応）	<input type="checkbox"/>	0：不可 1：可能
項目名	可否	
視覚障害者への配慮（施設内案内等音声表示対応）	<input type="checkbox"/>	0：不可 1：可能
項目名	有無	
視覚障害者への配慮（施設内点字ブロック設置）	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り
項目名	可否	
視覚障害者への配慮（点字による診療内容等表示対応）	<input type="checkbox"/>	0：不可 1：可能

【車椅子等利用者に対するサービス内容】

項目名	有無	項目名	有無	項目名	有無	
車椅子等利用者への配慮（施設のバリアフリー化の実施）	<input type="checkbox"/>	車椅子等利用者への配慮（車椅子等利用者用駐車施設の有無）	<input type="checkbox"/>	車椅子等利用者への配慮（多機能トイレの設置）	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

【受動喫煙を防止するための措置】

項目名	有無	項目名	有無	
施設内における全面禁煙の実施	<input type="checkbox"/>	健康増進法第28条第13号に規定する特定屋外喫煙場所の設置	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

1. (4) 費用負担等

【保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類】

特記事項 (2000文字以内)

--

【電子決済による料金の支払いの可否 (1) 電子決済サービスの有無】

項目名	可否
電子決済サービスへの対応	0: 不可 1: 可能

【電子決済による料金の支払いの可否 (2) 対応可能な決済サービス】

「電子決済サービスへの対応」が「1:可能」の場合、選択する。

項目名	可否	項目名	可否	項目名	可否
クレジットカード決済	0: 不可 1: 可能	デビットカード決済	0: 不可 1: 可能	その他電子決済	0: 不可 1: 可能

【電子決済による料金の支払いの可否 (3) 決済サービス名称】

「クレジットカード決済」が「1:可能」の場合、選択する。

項目名	可否	項目名	可否	項目名	可否
JCB (クレジットカード)	0: 不可 1: 可能	VISA (クレジットカード)	0: 不可 1: 可能	Master Card (クレジットカード)	0: 不可 1: 可能
中国銀聯 (クレジットカード)	0: 不可 1: 可能	American Express	0: 不可 1: 可能	DISCOVER	0: 不可 1: 可能
Diners Club	0: 不可 1: 可能				

「デビットカード決済」が「1:可能」の場合、選択する。

項目名	可否	項目名	可否	項目名	可否
JCB (デビットカード)	0: 不可 1: 可能	VISA (デビットカード)	0: 不可 1: 可能	Master Card (デビットカード)	0: 不可 1: 可能
中国銀聯 (デビットカード)	0: 不可 1: 可能				

「その他電子決済」が「1:可能」の場合、選択する。

項目名	可否	項目名	可否	項目名	可否
交通系電子マネー (Suica等)	0: 不可 1: 可能	E dy	0: 不可 1: 可能	iD	0: 不可 1: 可能
QUICPay	0: 不可 1: 可能				

「電子決済サービスへの対応」が「1:可能」の場合、任意で記入する。
提示している電子決済サービス以外で可能な決済サービス (200文字以内)

--

【家族付き添い室の有無】

項目名	有無
家族付き添い室の有無	0: 無し 1: 有り

【妊産婦等に対する相談又は指導】

項目名	可否	項目名	可否	項目名	可否
周産期相談	0: 不可 1: 可能	母乳育児相談、その他の育児相談も含む。	0: 不可 1: 可能	栄養相談	0: 不可 1: 可能
家族計画指導 (受胎調節実地指導を含む。)	0: 不可 1: 可能	女性の健康相談	0: 不可 1: 可能	訪問相談又は訪問指導	0: 不可 1: 可能

1. (4) 費用負担等（保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類）

該当する場合「○」を記入。

項目名	該当
不妊専門相談センター	<input type="checkbox"/>

3. 医療の実績、結果に関する事項

【法令上の義務以外の医療安全対策】

項目名	有無	
医療安全についての相談窓口の設置の有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

項目名	有無	
医療安全管理者の配置の有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

項目名	有無	
医療事故調査制度に関する研修（医療事故調査・支援センター又は支援団体等連絡協議会が開催するものに限る）の管理者の受講の有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

【分娩取扱数】

項目名	有無	前年分娩取扱数（数値）件	
前年分娩の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	0：無し 1：有り

【妊産婦等満足度の調査】

項目名	有無	
妊産婦等満足度調査の実施有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

「妊産婦等満足度調査の実施有無」が「1:有り」の場合、選択する。

項目名	有無	
妊産婦等満足度調査結果の提供有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

【公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無】

項目名	有無	
公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	<input type="checkbox"/>	0：無し 1：有り

3. 医療の実績、結果に関する事項（病院・診療所・歯科診療所・助産所の人員配置）詳細

【助産所の人員配置】

医療従事者職種名	総数（常勤）	総数（非常勤）	総数（常勤と非常勤の合計）
看護師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
准看護師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
助産師	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※非常勤の常勤換算については、医療法上の算定式に基づき、小数点以下第2位を切り捨て、小数点以下第1位までを算出してください。

(例) 貴院の定めた常勤看護師の勤務時間が週40時間であり、従事者2人(週40時間が1人、週20時間が1人)の場合
 $40 \div 40 = 1$ 人(常勤) $20 \div 40 = 0.5$ 人(非常勤) $(40 \div 40) + (20 \div 40) = 1.5$ 人(総数)

※担当させている業務が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上してください。