資料２－２

非稼働病棟の今後の運用に関する意向調査（案）

医療機関名	
記入者	
電話番号	

１　非稼働の期間

平成＿＿＿＿年＿＿＿＿月から

２　非稼働の理由（複数回答可）

□医師の確保ができない
□看護師の確保ができない
□患者の減少（入院を必要とする患者がいない）
□施設の老朽化等により、病棟の利用ができない
□後継者がいない
□その他

［　　］

３　病棟再開等の予定

□病棟再開の予定あり

→　□医療従事者を確保して再開
　　□施設の改修により再開
　　□経営を譲渡し再開
　　□介護医療院へ転換
　　□その他（　　）

□病棟廃止予定

４　病棟の再開または廃止の時期

□１年以内
□１～３年以内
□３年～５年以内
□５～７年以内
□７年以上・未定

５　病棟再開の場合の医療機能

□高度急性期
□急性期
□回復期
□慢性期

６　今後の運用の見通し等について、特記事項があれば自由にご記入ください

［　　］