

地域で不足する外来医療機能を担うことについての同意書（参考例）

年 月 日

高松市保健所長 殿

開設者 住 所  
氏 名  
電話番号

香川県外来医療計画に定める地域で不足する外来医療機能を担うことについて、以下のとおり同意します。

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 名 称                     |  |
| 開 設 場 所                 |  |
| 開 設 年 月 日               | 年 月 日  |
| 診療を行う科目                 |  |
| 開設者が担おうとする地域で不足する外来医療機能 | <input type="checkbox"/> 夜間や休日等における地域の初期救急医療<br><input type="checkbox"/> 在宅医療<br><input type="checkbox"/> 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療<br><input type="checkbox"/> その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能<br>具体的な医療機能（ ）<br>※ 当該外来医療機能について、対策が必要と考える根拠を示す資料を添付ください。 |
| 地域で不足する外来医療機能を担わない場合    | <input type="checkbox"/> 地域で不足する外来医療機能を担わない理由（ ）<br>※ 後日、香川県健康福祉部医務国保課から、地域で不足する外来医療機能を担わない理由について、確認させていただきます。<br>※ 東部保健医療圏、西部保健医療圏においては、地域医療構想調整会議で担わないとした理由について、説明いただきます。  |

※ 地域で不足する外来医療機能についての方針により、診療所の開設が妨げられることはありません。