


訪 問 受 審 支 援

サーベイヤーが病院を訪問して自己評価の内容に基づき
現場で助言する病院機能評価 受審準備の支援メニューです


訪問受審支援当日のスケジュール



1 サーベイヤー集合



2 書類確認・
病院概要説明 **40分**



3 開始挨拶・
スケジュール確認 **10分**



4 面接 **1時間20分**



5 部署訪問 **1時間20分**



6 昼食 **1時間**



7 部署・病棟の訪問 **2時間**



8 サーベイヤー合議 **10分**

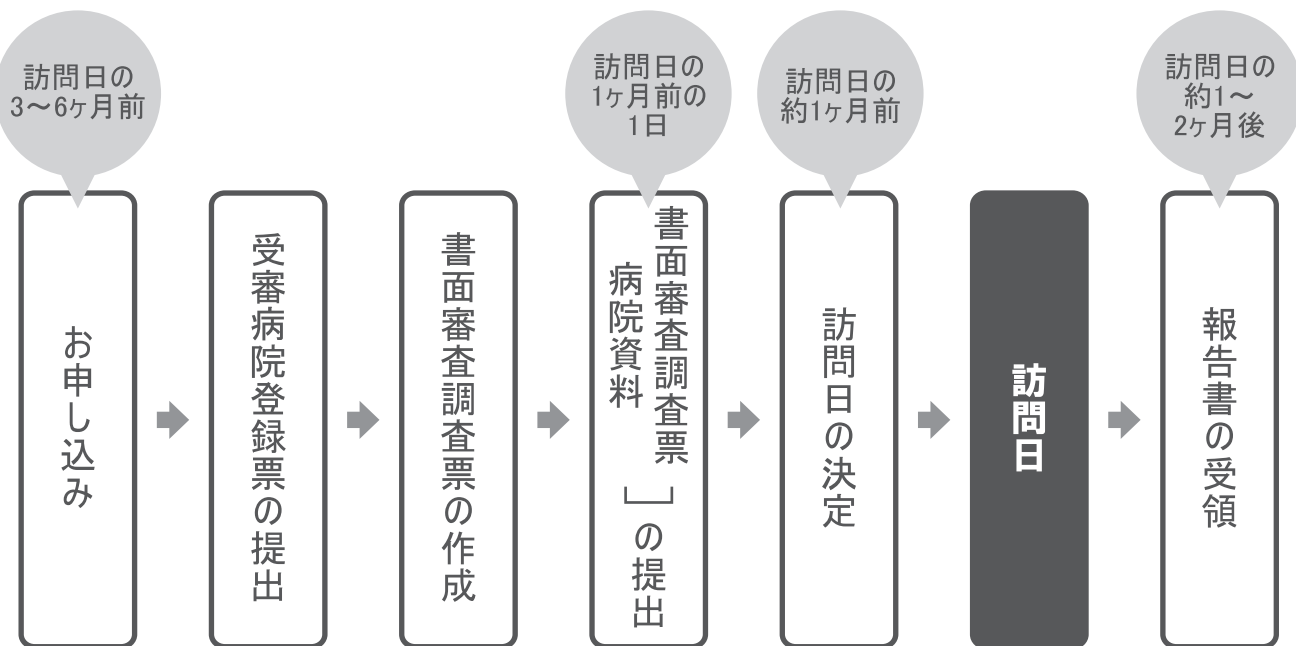


9 アドバイス内容の
総括 **20分**

9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00

1 2 3 4 5 6 7 8 9

お申し込みから報告書の受領まで



※別途、契約の締結と料金のお支払いをお願いいたします。

訪問前にご提出いただく書類等

▶ 訪問受審支援申込書

ホームページからダウンロードできます。

▶ 受審病院登録票

お申し込みいただいた後、当機構から送付いたします。

▶ 書面審査調査票 WEB

受審病院専用サイト（WEB）上で、データの作成・提出をしていただきます。

▶ 病院資料

病院の沿革
病院案内
病院組織図
入院案内
委員会組織図
会議・委員会一覧

揃わない場合は、訪問時にサーベイヤーへご相談ください。

料金表（税込）

サーベイヤー	訪問日数	料金
3名	1日	525,000円

※現地までの往復交通費と宿泊費等、サーベイヤーの現地訪問に係る諸経費については、当機構の旅費規程に基づき、別途申し受けます。

2010.7

お問い合わせ



財団法人 日本医療機能評価機構 事業推進部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

TEL: 03-5217-2326 FAX: 03-5217-2331

<http://www.jcqhc.or.jp/>

財団法人日本医療機能評価機構の訪問受審支援を申し込みます。

申込日 年 月 日

開設者	フリガナ					
病院名	フリガナ					
病院代表者 <small>(法人代表者もしくは病院長)</small>	職名					
	フリガナ	氏名			印	
病院長	職名					
	フリガナ	氏名				
公文書の宛先	<input type="checkbox"/> 病院代表者		<input type="checkbox"/> 病院長 ←いずれかにチェックをお願い致します。			
事務担当者	所属・職名					
	フリガナ	氏名				
所在地	(下 -) 都道府県					
連絡先	病院代表電話番号		内線番号	病院代表FAX番号		
	担当者連絡先 <small>(直通電話などがあれば ご記入下さい)</small>			直通FAX		
医療機関コード					←レセプト請求時のコード(7ケタ)をご記入ください。	
病床数 内訳(許可病床)	許可病床数 床			稼動病床数 床		
	一般	床	療養	床	精神	床
				床	感染症	床
					床	結核
訪問希望時期	年		月		←申込の月より3~6ヶ月後としてください。	
訪問受入不可能日	日	日	日	←希望時期(上記記入)のうち、不可能な日をご記入ください。		
病院機能評価 について 該当する□にチェックと 日付の記載を お願いします	<input type="checkbox"/> 申込済		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月			
	<input type="checkbox"/> 申込予定	<input type="checkbox"/> 新規受審		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月頃		
		<input type="checkbox"/> 更新受審		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月頃		
	(認定有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日)					
<input type="checkbox"/> 未定						

必要事項を全てご記入のうえ、下記あてに郵送願います。

送付先 **財団法人日本医療機能評価機構 事業推進部** TEL: 03-5217-2326
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 東洋ビル

本申込書にてお預かりした個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ、適正に管理させていただきます。