**令和５年度　実態調査ご記入者（回答者）確認表**

☆貴施設及び調査票回答者についてお伺いしますので、必ずご記入をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 貴施設名 |  |  |
| 2 |  | 理事長名  （又は事業管理者名） |  |  |
| 3 |  | 院長名 |  |  |
| 4 |  | 住所 |  | 〒 |
| 5 |  | 電話（内線番号） |  |  |
| 6 |  | ＦＡＸ |  |  |
| 7 |  | Ｅ-mail |  |  |
| 8 |  | 調査回答者氏名 |  |  |
| 9 |  | 回答者の職種  （○をつけてください） |  | 医　師　　看護師　　臨床工学技士　　事務職員  　ＭＳＷ　　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 10 |  | 回答者の部署  （○をつけてください） |  | 回答者が医師の場合 診療科（　 　　　　　　　）  　透析室　　外来　　病棟　　事務　　医療相談関係  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 11 |  | 透析形態（貴施設で行っている透析形態に☑を入れ、どちらかに○を付けてください  　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日指定の場合は稼働している曜日をお書きください）  　□ 昼間【　月～土　・　曜日指定（　　　　　　） 】  　□ 二部【　月～土　・　曜日指定（　　　　　　） 】  　□ 夜間【　月～土　・　曜日指定（　　　　　　） 】  　□ オーバーナイト【　月～土　・　曜日指定（　　　　　　） 】  　□ 在宅透析 | | |
| 12 |  | 透析ベッド数 |  | 台 |
| 13 |  | 貴施設で透析患者の送迎を行っていますか（どちらかに○をつけてください）  　行っている　・　行っていない | | |