

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 梶山 行
(FAX : 043-221-7379) 【本紙のみ1枚】

令和8年度 周産期母子医療センター運営事業計画書

【 ☐ 総合周産期母子医療センター
☐ 地域周産期母子医療センター 】

医療機関名	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

1. 令和7年度の病床数				
	申請病床数		事業月数	
		年度内に変更 がある場合		年度内に変更 がある場合
MFICU				
NICU				
GCU				

2. 搬送受入促進事業申請の有無				
☐ 有り	☐ 無し	日	人/日	
対 象 経 費	金 額	算 出	根 拠	
〇〇〇〇費				

(注) 近隣開業医等との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

3. 母体救命強化加算申請の有無				
☐ 有り	☐ 無し			
救命救急センターの指定状況	☐ 指定されている ☐ 指定されていない			
関係診療科の有無	☐ 産科 ☐ 小児科(新生児科) ☐ 脳神経外科 ☐ 循環器内科 ☐ 心臓血管外科 ※各診療科に24時間医師がいるか(いる ・ いない <いない診療科名: >)			
対 象 経 費	金 額	算 出	根 拠	
〇〇〇〇費				

(注) 救命救急センターや関係診療科との協力・連携体制の仕組みがわかる資料を添付すること。

4. 麻酔科医配置加算申請の有無					
☐ 有り	☐ 無し				
センター内における麻酔科医 の勤務状況	常勤 ・ 非常勤	専従 ・ 兼務	専任 ・ 非専任	確保月数	月
対 象 経 費	金 額	算 出	根 拠		
〇〇〇〇費					

(注) 麻酔科医の配置がわかる資料を添付すること。

5. 臨床心理技術者配置加算申請の有無					
☐ 有り	☐ 無し				
センター内における臨床心理技術 者の勤務状況	常勤 ・ 非常勤	専従 ・ 兼務	専任 ・ 非専任	確保月数	月
対 象 経 費	金 額	算 出	根 拠		
〇〇〇〇費					

(注) 臨床心理技術者の配置がわかる資料を添付すること。