

登録調査票の(新規・変更) 届出書

訪問診療・往診を実施していない医療機関は下記の基本情報のみご記入ください。

【 同意確認 】

当施設は、下記の登録調査票を南部地区医師会が発刊する「地域の医療・介護資源リスト」及びWebサイト上の「医療・介護おたすけマップ」に掲載し、情報公開することに同意します。 同意日時： 令和 年 月 日

医療機関名

㊞ 記入者名

(部署・役職)

在宅医療に係る病院・診療所登録調査票

令和 年 月 現在

基本情報	医療機関名					院長名				
	住所	〒								
	連絡先(代表)	TEL				FAX				
	メールアドレス					ホームページ				
	相談窓口(部署)			担当者名			専用 TEL・FAX	TEL FAX		
	在宅医療の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医意見書 <input type="checkbox"/>対応している <input type="checkbox"/>していない ● 訪問診療 <input type="checkbox"/>定期的に訪問 <input type="checkbox"/>していない ● かかりつけ患者臨時往診 <input type="checkbox"/>対応している <input type="checkbox"/>していない ● 在宅療養支援病院、診療所の届出 <input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>診療所) <input type="checkbox"/>なし ● 24時間対応 <input type="checkbox"/>対応可能 <input type="checkbox"/>要相談 <input type="checkbox"/>対応不可 ● 今後、訪問診療を行う予定 <input type="checkbox"/>訪問診療を継続 <input type="checkbox"/>新規で検討中 <input type="checkbox"/>なし 								
在宅管理可能な医療行為(複数回答)	<input type="checkbox"/> 経管栄養管理 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマの患者 <input type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <input type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着の患者 <input type="checkbox"/> IVHの患者 <input type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者 <input type="checkbox"/> 終末期の患者 <input type="checkbox"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 障がい者の患者 <input type="checkbox"/> 小児の患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患の患者 <input type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 創傷処置の患者 <input type="checkbox"/> 褥そう処置の患者 <input type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど)									
往診地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町(<input type="checkbox"/> 具志頭 <input type="checkbox"/> 東風平) <input type="checkbox"/> 南城市(<input type="checkbox"/> 知念 <input type="checkbox"/> 玉城 <input type="checkbox"/> 大里 <input type="checkbox"/> 佐敷) <input type="checkbox"/> 当院を中心とする半径16km圏域(保険適用範囲) <input type="checkbox"/> その他()									
訪問診療・往診対応可能(曜日・時間)		月	火	水	木	金	土	日	祝・祭日	定休日
	AM									
	PM									
介護支援者の医師への面談方法(優先順位記入)	直接面接	電話連絡	往診時	外来時	FAX連絡	メール連絡	その他()			
担当者会議への医師の参加	主治医の医療機関で開催する場合	開催する時間帯		<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 困難						
				<input type="checkbox"/> 診療時間内で調整 <input type="checkbox"/> 診療時間外で調整 <input type="checkbox"/> 随時調整						
他職種への要望	往診時に開催する場合	開催する時間帯		<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 困難						
介護関連事業・施設等					認知症サポート医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
備考	連絡時の注意事項など									

※ご記入いただきました登録調査票は、下記の南部在宅医療介護支援センターへFAX送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-851-8842