

登録調査票の記入方法

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「医療
日
・介護おたすけマップ」に掲載し、

情報公開の同意に関しては、下記のすべての項目に関する同意となります。
情報公開に同意する場合は、機関名、記入者、捺印など必ずご記入ください

医療機関名

⑧ 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 | 主治医意見書や入院及び通院中の患者に関する問い合わせ等への | | | | | | | | |
| | 相談窓口(部署) | 担当者名 | | | TEL・FAX | FAX | | | | |
| 在宅医療の取り組み | <ul style="list-style-type: none"> ● 主治医意見書 ● 訪問診療 ● かかりつけ患者臨時往診 ● 在宅療養支援病院、診療所の届出 ● 24時間対応 ● 今後、訪問診療を行う予定 | <input type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 不定期 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 訪問診療を継続 <input type="checkbox"/> 新規で検討中 <input type="checkbox"/> なし | 南部地区の在宅医療の実態を把握のため、情報公開に同意しない施設もご記入をお願いします。 | | | | | | | |
| 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"/> 「訪問診療」及び「かかりつけ患者の臨時往診」を行っている施設は、「在宅可能な医療行為」「往診地域」「対応可能な曜日・時間」についてご記入ください。 <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 | | | | | | | | | | 水と土の午後 |
| PM | | | 12:00~14:00 | | 12:00~14:00 | | | | | 日・祝日 年末年始 |
| 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 | | | | |
| | 3 | 1 | 4 | 5 | 2 | | | | | |
| 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 checked="" 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 | | | | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 困難 | | | | | | |
| 他職種への要望 | 連絡時の注意事項など : 医師と面談機能の場合。まずは病院へご連絡ください。相談員が対応します。また、状況に応じて面談方法、担当者会議への参加時間などは変更となる | | | | | | | | | |
| 介護関連事業・施設等 | デイサービス〇〇、通所リハビリテーション〇〇ど | | | | 認知症サポート医 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

※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