

登録調査票の(新規・変更) 届出書

在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を実施していない薬局は下記の基本情報のみご記入ください。

【 同意確認 】

当事業所は、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上検索システム「医療・介護おたすけ資源マップ」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

機関・事業名

⑩ 記入者名

(部署・役職)

保険調剤薬局 登録調査票

令和 年 月現在

基本情報	事業所名							代表者名		
	住所	〒								
	電話番号				FAX番号					
	メールアドレス				ホームページ					
	業務内容	薬の一包化 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			薬日付刻印 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
	薬朝昼夕の刻印 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			錠剤の粉碎 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
相談窓口	部署名(役職)			担当者名						
	対応しやすい時間： <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 指定あり _____曜日・時間帯(~)									
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日		
	営業時間(例:08:30~17:30)									
	訪問時間(例:15:00~16:30)									
	定休日		留意事項							
24時間対応	<input type="checkbox"/> 対応可 <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 不可									
在宅患者訪問 薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			居宅療養管理指導料		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
夜間・祝日の対応	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 必要によっては訪問可) <input type="checkbox"/> 不可					サービス担当者会議 / <input type="checkbox"/> 参加不可				
訪問可能な住まい	<input type="checkbox"/> 患者宅 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> グループホーム				<input type="checkbox"/> 参加可(時間帯 _____)					
受け入れ患者 (複数回答)	<input type="checkbox"/> IVHをしている患者 <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"/> 点滴の必要な患者 <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									
訪問地域	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南城市 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町 <input type="checkbox"/> 当局を中心とする半径16km圏域(保険適用範囲) <input type="checkbox"/> その他(_____)									
併設・関連機関										
事業所アピール										
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