

登録調査票の(新規・変更) 届出書

【 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

機関・事業名

㊟ 記入者名

(部署・役職)

訪問看護ステーション 登録調査票									
令和 年 月 現在									
事業所名				代表者名					
住所	〒					開設年月日 年 月 日			
電話番号				FAX番号					
メールアドレス				ホームページ					
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(~)									
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"/> 当院を中心とする半径16km圏域(保険適用範囲) <input type="checkbox"/> その他()								
営業時間 (具体的な時間をご記入ください)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日	
	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						
24時間緊急連絡体制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		祝日対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		男性スタッフ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
夜間の対応	<input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 必要によっては訪問可能) <input type="checkbox"/> 不可					外国語対応	<input type="checkbox"/> 可 () <input type="checkbox"/> 不可		
受け入れ患者 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 精神								
	<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)								
職員体制(人数)	<input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> 理学療法士() <input type="checkbox"/> 作業療法士() <input type="checkbox"/> 言語聴覚士() <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