

【医療機関】（改訂版）

記入日 H 年 月 日

ホームページへの告示が不可の場合チェックしてください / 不可

①施設名			②代表者名					
③住所								
④TEL			⑤FAX					
⑥ホームページ								
⑦相談窓口	部署			窓口担当者				
	窓口対応時間		<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> __曜日・時間帯（ ~ ）			
⑧営業時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日
⑨在宅関連事項 (可能な項目) ※	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> かかりつけ患者臨時往診 <input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 実施していないが依頼があれば可能							
⑩24時間対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		⑪外国語対応		<input type="checkbox"/> 可（ ） <input type="checkbox"/> 不可			
⑫併設・関連施設								
⑬事業所アピール								

※⑨在宅関連事項にご回答いただいた場合には、以下の質問にもご回答ください。

⑭訪問・対応地域	<input type="checkbox"/> 名護 <input type="checkbox"/> 本部町 <input type="checkbox"/> 今帰仁村 <input type="checkbox"/> 大宜味村 <input type="checkbox"/> 東村 <input type="checkbox"/> 国頭村 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）							
⑮対応施設	<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"/> その他（ ）							
⑯営業時間 (対応時間)	月	火	水	木	金	土	日	祝日
⑰在宅管理可能な 医療行為	<input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> がん末期等の緩和ケア <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷処置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <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"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析（ <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析） <input type="checkbox"/> 吸入・吸引 <input type="checkbox"/> 慢性疼痛管理 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他（ ）							
⑱医師への面談方法 (優先順位)	() 外来時 () 電話 () FAX () メール () 往診時 () 直接来所							
⑲意見書問合せ先	部署			担当者				
⑳担当者会議へ医師 の参加	主治医の医療機関での開催の場合		<input type="checkbox"/> 30分以内		<input type="checkbox"/> 15分以内		<input type="checkbox"/> 困難	
	自宅で開催の場合		<input type="checkbox"/> 30分以内		<input type="checkbox"/> 15分以内		<input type="checkbox"/> 困難	
㉑認知症サポート医	<input type="checkbox"/> 認知症サポート医の対応が可能							
㉒他業種の方々への要望 (連絡時の注意事項等を含む)								

FAX送付先： **0980-43-6770**（やんばる在宅医療・介護連携支援センター）