

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「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

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										
平成30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	
	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				<input type="checkbox"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 15分以内	<input type="checkbox"/> 困難			
			開催する時間帯	<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				<input type="checkbox"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 15分以内	<input type="checkbox"/> 困難			
他職種の方々への要望(連絡時の注意事項を含む)										
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										

※ご回答いただきました登録調査票は、下記の南部地区医師会あてへFAXにてご送信くださいますようお願いいたします。

FAX 098-835-7033