

登録調査票の(新規 ・ 変更) 届出書

【 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ホームページ上の「在宅医療介護連携資源マップ」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

㊞ 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									
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		
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(~)								
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							
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能)						<input type="checkbox"/> 不可		
受入れ可能な施設	<input type="checkbox"/> 患者宅			<input type="checkbox"/> 介護施設			<input type="checkbox"/> グループホーム		
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