



FAX:0996-22-8114(送信票不要)

【手書き版:無床診療所】

川内市医師会では、医療・介護・福祉専門職が日頃の業務で使用することを目的に「医療資源ガイドブック」を作成いたします。お忙しいところ恐縮ですが、調査票提出の御協力をお願いいたします。

記入者情報

所属	看護部
役職	外来師長
記入者名	大小路 花子
担当者メールアドレス	ain@iisen.ne.jp
電話番号	0996-23-〇〇
FAX	0996-22-〇〇

《調査項目》

*太枠で囲っている□箇所に記入、または該当するものに☑を入れるか○で囲んで選択してください。

～ 基本情報 ～

1 医療機関の名称

ふりがな	えーいん
名称	A医院

2 医療機関の所在地

郵便番号	899-1921
所在地	薩摩川内市 水引町123

3 代表電話番号及びFAX番号

電話番号	0996-23-〇〇	<input type="checkbox"/>	電話番号と同じ
FAX番号	0996-22-〇〇		

4 診療科目(診療内容等)

1	<input checked="" type="checkbox"/> 内科	17	<input type="checkbox"/> 外科	33	<input type="checkbox"/> 放射線科
2	<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器内科	18	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	34	<input type="checkbox"/> 精神科
3	<input type="checkbox"/> 循環器内科	19	<input type="checkbox"/> 循環器外科(心臓血管外科)	35	<input type="checkbox"/> 心療内科
4	<input type="checkbox"/> 消化器内科	20	<input type="checkbox"/> 消化器外科	36	<input type="checkbox"/> 産科
5	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	21	<input type="checkbox"/> 肛門科(外科)	37	<input type="checkbox"/> 婦人科
6	<input type="checkbox"/> (人工透析)	22	<input type="checkbox"/> 整形外科	38	<input type="checkbox"/> 眼科
7	<input type="checkbox"/> 神経内科	23	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	39	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
8	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	24	<input type="checkbox"/> 形成外科	40	<input type="checkbox"/> 歯科
9	<input type="checkbox"/> 膠原病内科	25	<input type="checkbox"/> 美容外科	41	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
10	<input checked="" type="checkbox"/> リウマチ科	26	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	42	<input type="checkbox"/> 総合診療内科
11	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	27	<input type="checkbox"/> 内分泌外科	43	<input type="checkbox"/> その他診療科
12	<input type="checkbox"/> 血液内科	28	<input type="checkbox"/> 麻酔科		
13	<input type="checkbox"/> アレルギー科	29	<input type="checkbox"/> (ペインクリニック)		
14	<input type="checkbox"/> 皮膚科	30	<input type="checkbox"/> 緩和ケア(内科)		
15	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科	31	<input type="checkbox"/> 小児外科		
16	<input type="checkbox"/> 小児科	32	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科		

その他の診療科目等があればご自由に記入してください。

事業所名:

5 診療日・時間

共通分

月	火	水	木	金	土	日
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診療時間を記入してください。

午前	午後
9:00 ~ 12:00	13:30 ~ 17:00
9:00 ~ 13:00	: ~ :

共通分以外

診療科:

例:膠原病内科 木曜14:00~17:00

月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

午前	午後
: ~ :	13:30 ~ 17:00

診療科:

例:膠原病内科 木曜14:00~17:00

月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

午前	午後
: ~ :	: ~ :

「公式HPでご確認ください。」の文言を記載する。

休診や診療時間等についてコメント

6 予約診療の有無

原則予約制
 予約優先
 診療科によっては要予約
 予約不要

※代表と同じ場合は□にチェック

診療科目	初診・再診の別	予約方法	予約電話番号
リウマチ科	<input checked="" type="checkbox"/> 初診・再診	<input checked="" type="checkbox"/> TEL・窓口・オンライン等	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 初診・再診	<input type="checkbox"/> TEL・窓口・オンライン等	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 初診・再診	<input type="checkbox"/> TEL・窓口・オンライン等	<input type="checkbox"/>

7 夜間休日の対応及び在宅医療

電話対応

夜間休日の電話対応 可・不可

在宅医療の対応状況

※該当欄に記入してください。

	可否	対応エリア(複数回答可)			自由記入欄
		km以内	車で 20 分以内	中学校区	
訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 可・要相談・不可	km以内	車で 20 分以内	中学校区	
往診(日中)	<input checked="" type="checkbox"/> 可・要相談・不可	km以内	車で 20 分以内	中学校区	
往診(夜間)	<input checked="" type="checkbox"/> 可・要相談・不可	km以内	車で 20 分以内	中学校区	
往診(休日)	<input checked="" type="checkbox"/> 可・要相談・不可	km以内	車で 20 分以内	中学校区	
交通費	請求する・ <input checked="" type="checkbox"/> 距離によっては請求する <input type="checkbox"/> 請求しない				

※往診は、かかりつけ患者の突発的な事態に限る。

事業所名: A医院

8 対応することができる治療内容

○:可能 △:要相談 ×:不可 を記入してください。

		在宅患者	外来患者
1	人工呼吸器の管理(侵襲的)	○	○
2	NIPPVの管理(非侵襲的)	○	○
3	在宅酸素の管理	○	○
4	気管カニューレ	○	○
5		○	○
6	経鼻経管栄養の管理	○	○
7	胃瘻	△	△
8		○	○
9	腸瘻	△	△
10		○	○
11	PCAのポンプ管理	○	○
12	褥瘡・創傷処置	○	○
13	人工肛門の管理	△	△
14	人工膀胱の管理	△	△
15	腎瘻・膀胱瘻	△	△
16		○	○
17	麻薬内服疼痛管理	○	○
18	麻薬持続皮下注疼痛管理	○	○
19	IVH	△	△
20		△	△
21	CVポート	△	△
22		△	△
23	人工透析		×
24	腹膜透析管理	×	×
25	輸血	△	△
26	嚥下機能評価	△	△
27	終末期	○	○
28	在宅看取り	○	×

9 検査

○:可能 △:要相談 ×:不可 を記入してください。

		在宅患者	外来患者
1	心電図	○	○
2	超音波(エコー)検査	○	○
3	胃カメラ(上部消化管内視鏡検査)		×
4	大腸カメラ(下部消化管内視鏡検査)		×
5	CT撮影		○
6	MRI撮影		×
7	VE(嚥下内視鏡検査)		×
8	VF(嚥下造影検査)		×

事業所名: A医院

10 連携相談窓口の有無 窓口担当者名は掲載しません。部署・役職等は記載のまま掲載します。

地域連携室の有無	有 (無)	地域連携室の名称	
窓口担当者名	大小路 花子	部署・役職等	外来師長
窓口担当者名		部署・役職等	
窓口担当者名		部署・役職等	
窓口担当者名		部署・役職等	
窓口担当者名		部署・役職等	

11 その他

※空欄に対応できる曜日・時間等を記入してください。

多職種連携	1	患者宅で行われる 担当者会議への出席	患者宅	可能・要相談・不可	木曜・土曜午後
			オンライン	可能・要相談・不可	
	2	バイタルリンク(多職種連携情報共有システム)のアカウント登録			有・無

		登録医や専門相談	在籍の有無
3	認知症サポート医の在籍		在籍している・在籍していない
4	もの忘れ相談ができる医師(かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了)の在籍		在籍している・在籍していない
5	在宅療養支援診療所の届出		有・無

上記以外にも付け加えたい項目等がございましたら以下に記入してください。

御協力ありがとうございました。

【この調査票に関する問い合わせ先】

川内市医師会在宅医療支援センター 電話 0996-22-4021

【手書き版:無床診療所】 4/4ページ