

記載者氏名（役職） _____（ _____ ）

記載日 _____年 _____月 _____日

医療機関名：									
標榜診療科：									
専門・特殊外来：									
学会認定資格：									
【診療時間】 * 休診曜日は×印を入力して下さい							【処方】		
	月	火	水	木	金	土	日		
午前									
午後									
<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 院内外選択可									
休診日	* 年末年始の休診日は下記に☑を入力して下さい。 年末年始 <input type="checkbox"/> 12/27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 国民の祝日 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無								
健康診断	<input type="checkbox"/> 特定健診事業 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 胃・大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺PSA検診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 雇用時健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック								
時間外診療の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（可能な時間： _____時 _____分～ _____時 _____分 ・可能な診療科： _____） 受入れの条件等： _____								
時間外入院の受入れ	<input type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 可（可能な時間： _____時 _____分～ _____時 _____分 ・可能な診療科： _____） 受入れの条件等： _____								
【病床機能】 （病床区分と各々の病床数・看護基準を入力して下さい）									
		入院基本料	病床数	看護基準			入院基本料	病床数	看護基準
【送迎】 救急車又は移送車両（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
転院時の迎え（ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 相談）									
【在宅診療】 ：受入れの対象地域・条件等に☑と、（ ）内は入力して下さい。									
<input type="checkbox"/> 訪問診療（ _____）									
<input type="checkbox"/> 訪問診療・往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談） <input type="checkbox"/> 外来患者の往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談）									
<input type="checkbox"/> その他の患者の往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談）									
<input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名 _____）									
24時間連携体制加算の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無） 在宅療養支援診療所の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
在宅時医学総合管理料の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無） リハビリスタッフ（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
在宅末期医療総合診療料の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
施行可能な検査	<input type="checkbox"/> X線単純撮影 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> CT(単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI(単純・造影) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 消化管造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 消化管内視鏡(上部・下部) <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 核医学 <input type="checkbox"/> その他(_____)								
関連施設	<input type="checkbox"/> 特養施設 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他(_____)								

◆リハビリについてお伺いします。

リハビリスタッフ配置			
理学療法士	()名	作業療法士	()名
言語聴覚士	()名	その他	()名
柔道整復師	()名	鍼灸師	()名

リハビリ基準	いずれかに☑を入力して下さい。		
心大血管疾患リハ 1	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	心大血管疾患リハ 2	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
脳血管疾患リハ 1	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	脳血管疾患リハ 2	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
運動器リハ 1	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	運動器リハ 2	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
呼吸器リハ 1	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	呼吸器リハ 2	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
外来リハ	(<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) ・ <input type="checkbox"/> 無		
訪問リハ (事業所名)	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) ・ <input type="checkbox"/> 無		
物理療法	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	鍼灸	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
その他	()		

◆入院/外来及び在宅での診療行為についてお伺いします。各項目に「可」か「不可」を入力して下さい。

受入れ項目	外 来	入 院	在 宅	受入れ項目	外 来	入 院	在 宅
終末期医療				在宅酸素			
疼痛コントロール				自己注射指導			
人工呼吸器				IVH管理指導			
外科術後創部処置				栄養指導(栄養士)			
気管カニューレ管理				麻薬管理			
人工透析				ワーファリン管理			
胃瘻造設				甲状腺機能			
胃瘻交換				糖尿病外来			
ペースメーカー管理				糖尿病教育入院			
植込み型除細動器				術眼への点眼			
心臓再同期療法				腹膜透析			

◆入院対応の窓口：該当する項目に☑を入力して () 内は記載して下さい。

- Dr to Dr (代表TEL 直通TEL)
- 地域医療連携室 (代表TEL 直通TEL)
- 医療相談室(MSW) (代表TEL 直通TEL)
- 看護師 (代表TEL 直通TEL)
- その他 ()

◎貴施設で受入れ可能、又は特に紹介を希望される疾患や病態について、ご記入ください。

◎上記の他に、当院へのご希望やお気づきの点がございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

この情報を地域の医療機関に公開することは
 可 不可

