

# 往診・訪問診療医 登録シート

作成日 H 年 月 日

	項目	ご記入欄	記入例
1	医師名		〇〇 〇〇
2	医療機関名		Aクリニック
3	所在地	〒	〒335-00021 戸田市新曽〇〇-〇〇
4	標ぼう診療科		内. 外. 耳. リハ
5	在宅療養支援診療所・病院		○
6	病床数(再掲医療療養・介護療養)		19(医療療養19)
7	ケアマネ事業所併設、訪問リハ等の提供		ケアマネ・訪リハ・通リハ・ショート
8	電話番号		048-〇〇〇-〇〇〇〇
9	FAX 番号		048-〇〇〇-〇〇〇〇
10	メールアドレス		〇〇.ne.jp
11	ホームページ・URL		〇〇〇〇HTML
12	相談窓口		往診部 A看護師
13	ケアマネの相談に応じられる時間帯の目安		月～金 午前9時～午後5時 木 午前9時～午後12時
14	訪問診療対応地域の目安(要相談)		A市、B市、C市の一部
15	貴医療機関で訪問診療を実施している患者数		
	施設・サービス付き高齢者住宅等		10人
	上記以外		10人
16	貴医療機関で受け入れ可能な在宅療養患者数		10人
17	在宅看取り(過去1年間の実績※)		過去1年間の実績 2人

※ 毎7月に関東信越厚生局に提出する「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に関する報告書」の件数など目安となる件数を記入してください。

	項目	ご記入欄(○か×でお書きください)
1	点滴	
2	酸素	
3	インシュリン	
4	気管切開	
5	経鼻胃管栄養	
6	胃ろう腸ろう経管栄養	胃ろう 腸ろう
	交 換	胃ろう 腸ろう
7	腎ろう膀胱ろう	腎ろう 膀胱ろう
	交 換	腎ろう 膀胱ろう
8	がん患者の対応(緩和ケア等)	
9	麻薬注射・注射以外	麻薬注射 以外
10	麻薬持続投与(ポンプ)	
11	認知症・精神疾患(認知症以外)	認知 精神
12	神経難病	
13	人工呼吸(気管切開・非侵襲的)	気切 非侵
14	IVH(中心静脈栄養)	
15	CVポート	
16	人工肛門・膀胱	肛門 膀胱
17	バルーン交換	
18	PTCD(経皮経肝胆管ドレナージ)	
19	胸水穿刺・腹水穿刺	穿刺 胸水 腹水
20	ドレーン胸水・ドレーン腹水	ドレーン 胸水 腹水
21	その他情報	(例)ポータブル超音波

備考

↑ 対応可の部分に○をおつけください。