

# 医療機関の診療機能情報アンケート

※ 平成29年4月1日現在の貴院の状況で、ご回答をお願いいたします。

医療機関名			
代表者氏名		代表者役職名	
住 所			
代表電話番号	— —	代表FAX番号	— —
ホームページアドレス			
病院の特徴 (セールスポイント)等 (30文字以内)			

地域連携室	<input type="checkbox"/> あり (下記をご記入下さい) <input type="checkbox"/> なし		
地域連携室の名称			
地域連携室代表者氏名		代表者役職名	
地域連携室の構成員	医師 名、看護師 名、MSW 名、事務 名、その他( ) 名		
地域連携室直通電話番号	— —	地域連携室直通FAX番号	— —
E-Mail アドレス			
地域連携室の業務内容	<input type="checkbox"/> 前方連携 <input type="checkbox"/> 後方連携 <input type="checkbox"/> 患者相談 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 外来患者予約受付 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援 <input type="checkbox"/> 社会福祉相談 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 転院受入 <input type="checkbox"/> 退院・転院支援 <input type="checkbox"/> 医療相談 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 転院受入(病床管理含む) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 苦情相談 <input type="checkbox"/> ( )		

病床数 (病床区分ごと)	<input type="checkbox"/> 総病床数 ( 床) <input type="checkbox"/> 一般 ( 床) <input type="checkbox"/> 精神 ( 床) <input type="checkbox"/> 透析 ( 床) <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ ( 床) <input type="checkbox"/> 緩和ケア ( 床) <input type="checkbox"/> 医療療養 ( 床) <input type="checkbox"/> 地域包括ケア ( 床) <input type="checkbox"/> 介護療養 ( 床) <input type="checkbox"/> 障害者 ( 床) <input type="checkbox"/> ( 床) <input type="checkbox"/> ( 床) <input type="checkbox"/> ( 床) <input type="checkbox"/> 有床診療所 ( 床) <input type="checkbox"/> 無床診療所			
診療科目 (受入れ可能診療科目)	<b>【内科】</b> <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 免疫・感染症内科 <input type="checkbox"/> 肝臓内科 <input type="checkbox"/> 膵臓・胆道内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科 <input type="checkbox"/> 代謝・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<b>【外科】</b> <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科・ペインクリニック <input type="checkbox"/> その他( )			
	<b>【歯科】</b> <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<b>【その他】</b> <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア科 <input type="checkbox"/> その他( )			
リハビリスタッフ構成員	PT 名、OT 名、ST 名、その他( ) 名			

外来診療日 (診療可能時間帯の可否を ○×でご記入下さい)	曜日	午前	午後	特記事項
	月			
	火			
	水			
	木			
	金			
	土			
	日			
往診	<input type="checkbox"/> 可 (24時間対応 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )			<input type="checkbox"/> 不可
訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 (24時間対応 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )			<input type="checkbox"/> 不可
訪問看護	<input type="checkbox"/> 可 (24時間対応 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 )			<input type="checkbox"/> 不可
訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
在宅緩和ケアに関わった件数*	件(平成27年度)		そのうち看取りを行った件数*	件(平成27年度)

※在宅緩和ケアに関わった件数は、医科点数表の解釈C001-6の在宅ターミナル加算を算定した件数をご記入願います。そのうち看取りを行った件数はC001-7の看取り加算を算定した件数のご記入をお願いいたします。

○貴院において対応可能な処置についてご回答下さい。 ○:対応可 ×:対応不可 △:要相談 (全ての欄に記号をご記入下さい)

No.	対応項目	外来	入院	在宅	備考
1	点滴				
2	輸血				
3	中心静脈栄養(ポート)				
4	中心静脈栄養(カテーテル)				
5	化学療法(点滴)				
6	化学療法(経口)				
7	血液透析(HD)の実施				
8	腹膜透析(PD)の実施				
9	褥瘡管理				
10	ストーマ管理				
11	胃瘻管理・交換				
12	腎瘻カテーテル管理・交換				
13	膀胱瘻カテーテル管理・交換				
14	気管カニューレ管理				
15	経管栄養(胃瘻)				
16	認知症患者の受入				
17	小児がん患者の受入				
18	神経難病患者の受入				
19	HIV患者の受入				
20	終末期患者(看取り含む)の受入				
21	麻薬処方				
22	癌性疼痛管理				
23	在宅酸素管理				
24	人工呼吸器管理				
25	その他( )				

○ 良好な医療連携を行うためのご意見等がございましたら、下記にご記入願います。

---



---



---



---

ご協力ありがとうございました