県中地域の医療・介護資源調査シート　【病院】　　　　　　　　　　０１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 院長氏名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ホームページ | □有【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　】□無 |
| 病床数(公表不可　□) | 　　　　　　　　　　　床うち地域包括ケア病床数　　　　　床 |
| 体制・対応(公表不可　□) | □往診診療　　　　　　　　　　　□在宅患者訪問看護　　　　　　□訪問薬剤管理指導　　　　　　□在宅患者訪問栄養指導□在宅患者訪問リハビリテーション指導□緩和ケアチーム□緊急入院体制□レスパイト受入 |
| 時間外における対応(公表不可　□) | □対応可能　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□対応不可 |
| 地域連携窓口(公表不可　□) | 担当職名・氏名 |
| 連絡先（上記連絡先と別になる場合のみ記入）TEL　　　　　　　　FAX 　 E-mailｱﾄﾞﾚｽ　 |
| ひとことPR |  |

県中地域の医療・介護資源調査シート　　【診療所】　　　　　　　　０２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 院長氏名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ホームページ | □有　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　】□無 |
| 診療科目 |  |
| 診療日╱診療時間 |  |
| 医師との相談方法（複数回答可）(公表不可　□) | □メール連絡　　□ＦＡＸ連絡　　□電話連絡　　□往診時　　□直接面談※E-mailｱﾄﾞﾚｽ【 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 訪問診療等の対応(公表不可　□) | □往診　　　　　　　　　　　　□在宅患者訪問診療　□歯科訪問診療（成人・小児）　□在宅患者訪問看護□訪問薬剤管理指導　　　　　　□在宅患者訪問栄養指導□在宅患者訪問リハビリテーション指導 |
| 訪問範囲 | 訪問曜日・時間帯 |
| 在宅で対応可能な診療内容（複数回答可）(公表不可　□) | □在宅ターミナルケア（看取り）□経管栄養の管理□緩和ケアの対応□膀胱留置カテーテルの管理□褥そう処置　□歯科に関すること （口腔ケア、虫歯、歯周病治療、入れ歯の修理・作成など） | □中心静脈栄養管理□気管切開部の処置□人工呼吸器の管理□人工肛門の処置管理□点滴の管理□その他　　　　　　　　　　　　　　( 　） |
| 時間外における対応(公表不可　□) | □対応可能　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□対応不可 |
| 地域連携窓口(公表不可　□) | 担当職名・氏名 |
| 連絡先（上記連絡先と別になる場合のみ記入）TEL　　　　　　　　FAX 　 E-mailｱﾄﾞﾚｽ　 |
| ひとことPR |  |

県中地域の医療・介護資源調査シート　【薬局】　　　　　　　　　０３

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ホームページ | □有　【　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□無 |
| 営業日╱営業時間 |  |
| 訪問薬剤管理指導の対応(公表不可　□) | □対応可能　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□対応不可 |
| 麻薬取扱(公表不可　□) | □対応可能□対応不可 |
| 中心静脈栄養法の取扱(公表不可　□) | □対応可能□対応不可 |
| 訪問範囲(公表不可　□) | □所在町村のみ　　　□所在町村外（町村名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□所在地から（　　　　　　　　　）Ｋｍの範囲まで |
| 訪問曜日╱時間帯(公表不可　□) |  |
| 時間外における対応(公表不可　□) | □対応可能　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□対応不可 |
| 薬剤師との相談方法（複数回答可）(公表不可　□) | □メール連絡　　□ＦＡＸ連絡　　□電話連絡　　□往診時　　□直接面談※E-mailｱﾄﾞﾚｽ　【　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 地域連携窓口(公表不可　□) | 担当職名・氏名 |
| 連絡先（上記連絡先と別になる場合のみ記入）TEL　　　　　　　　FAX 　 E-mailｱﾄﾞﾚｽ　　　　 |
| ひとことPR（連絡時の注意事項等もあれば） |  |

県中地域の医療・介護資源調査シート　【訪問看護】　　　　　　　　０４

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　 |
| 電話番号/ＦＡＸ番号 |  | E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ホームページ | □有　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□無 |
| 営業日╱営業時間 |  |
| 緊急時の訪問体制の有無(公表不可　□) | 24時間対応　：夜間対応　： |
| 受入可能な処置(公表不可　□) | □在宅ターミナルケア（看取り）□経管栄養の管理□緩和ケアの対応□膀胱留置カテーテルの管理□褥そうの処置　□創傷処置□点滴の管理 | □中心静脈栄養管理□インスリン注射□気管切開部の処置□人工呼吸器の管理□痰の吸引□人工肛門の処置管理□その他　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受入可能な利用者(公表不可　□) | □認知症の方□難病の方 | □精神疾患の方□その他　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対応できる範囲（距離等）(公表不可　□) | □所在町村のみ　□対応できる町村名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□事業所から（　　　　）Ｋｍの範囲まで |
| 訪問実施実人数(公表不可　□) | 名 | 在宅での看取り人数(公表不可　□) | (H27.4.1～H28.3.31)　　　　　名 |
| 職員体制(公表不可　□) | * （　　　名）
 | * （　　　名）
 |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| ひとことPR（連絡時の注意事項等もあれば） |  |
| 記入者　職・氏名 |  |

県中地域の医療・介護資源調査シート　【居宅サービス事業所】　　０５

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 管理者 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　 |
| 電話番号/ＦＡＸ番号 |  | E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ホームページ | □有　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□無 |
| 営業日╱営業時間 |  |
| 職員体制(公表不可　□) | * （　　　名）
 | * （　　　名）
 |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| ・　　　　　　　　　　　　　　（　　　名） | ・　　　　　　　　　　　　　（　　　名） |
| 特定事業所加算算定の有無(公表不可　□) |  |
| 提供できる介護サービス(公表不可　□) | □居宅介護支援事業□認知症対応型通所介護□訪問リハビリテーション□小規模多機能型居宅介護□訪問入浴介護□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 | □通所介護□通所リハビリテーション□訪問介護□短期入所生活介護・療養介護　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対応できる範囲（距離等）(公表不可　□) | □所在町村のみ　□対応できる町村名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□事業所から（　　　　）Ｋｍの範囲まで |
| ひとことPR（連絡時の注意事項等もあれば） |  |
| 記入者　職・氏名 |  |