

在宅医療に係る病院・診療所登録調査票

平成30年 7月 11日現在

基本情報	医療機関名	下地眼科医院			院長名	下地輝子			
	住所	〒906-0013 宮古島市平良字下里577-1							
	連絡先(代表)	TEL	0980-73-2228			FAX	0980-73-2262		
	メールアドレス					ホームページ			
	相談窓口(部署)			担当者名	下地輝子		専用連絡先		
	在宅医療の取り組み	●主治医意見書		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない			
	●訪問診療所		<input type="checkbox"/> 定期的に訪問		<input checked="" type="checkbox"/> していない				
	●かかりつけ患者臨時往診		<input type="checkbox"/> 対応している		<input checked="" type="checkbox"/> していない				
	●在宅療養支援病院、診療所の届出		<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所)		<input checked="" type="checkbox"/> なし				
	●24時間対応		<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 要相談		<input checked="" type="checkbox"/> 対応不可				
	●今後、訪問診療を行う予定		<input type="checkbox"/> 訪問診療を継続		<input type="checkbox"/> 新規で検討中		<input checked="" type="checkbox"/> なし		
在宅管理可能な医療行為(複数回答)	<input type="checkbox"/> 経管栄養管理 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマの患者 <input type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <input type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input type="checkbox"/> 人口呼吸装着の患者 <input type="checkbox"/> IVHの患者 <input type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者 <input type="checkbox"/> 終末期の患者 <input type="checkbox"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 障害者の患者 <input type="checkbox"/> 小児の患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患の患者 <input type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析の患者 <input type="checkbox"/> 創傷処置の患者 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置の患者 <input type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど)								
往診地域	<input type="checkbox"/> 平良 (<input type="checkbox"/> 池間島 <input type="checkbox"/> 大神) <input type="checkbox"/> 城辺 <input type="checkbox"/> 下地(<input type="checkbox"/> 来間島) <input type="checkbox"/> 上野 <input type="checkbox"/> 伊良部(<input type="checkbox"/> 伊良部島 <input type="checkbox"/> 下地島) <input type="checkbox"/> 当院を中心とする半径16Km圏域【保険適用範囲】 その他記入欄()								
訪問診療・往診対応可能(曜日・時間)	月	火	水	木	金	土	日	祝・祭日	
	AM								
	PM								
介護支援者の医師への面談方法(優先順位記入)	直接面接	電話連絡	往診時	外来時	FAX連絡	メール連絡	その他()		
				1					
担当者会議への医師の参加	主治医の医療機関			<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input checked="" type="checkbox"/> 困難					
	で開催する場合	開催する時間帯	<input type="checkbox"/> 診療時間内で調整 <input type="checkbox"/> 診療時間外で調整 <input type="checkbox"/> 随時調整						
	往診時に開催する場合			<input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 困難					
他職種の方々への(連絡時の注意事項を含む)									
介護関連事業施設等					認知症サポート医 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
備考									