

在宅医療に係る病院・診療所登録調査票

平成30年11月15日現在

基 本 情 報	医療機関名	沖縄県立宮古病院			院長名	本永英治		
	住 所	〒906-0013 宮古島市平良字下里427-1						
	連絡先(代表)	TEL	0980-72-3151		FAX	0980-72-3105		
	メールアドレス	xx036048@pref-okinawa.lg.jp			ホームページ	http://www.pref.okinawa.jp/miyako		
	相談窓口(部署)	家庭医療センター	担当者名			専用連絡先	0980-79-5102	
	在宅医療の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ●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 checked="" type="checkbox"/>定期的に訪問 <input type="checkbox"/>していない ●かかりつけ患者臨時往診 <input checked="" type="checkbox"/>対応している <input 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 checked="" type="checkbox"/>対応可能 <input type="checkbox"/>要相談 <input type="checkbox"/>対応不可 ●今後、訪問診療を行う予定 <input checked="" type="checkbox"/>訪問診療を継続 <input type="checkbox"/>新規で検討中 <input type="checkbox"/>なし 						
在宅管理可能な医療行為(複数回答)	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養管理 (<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻 <input checked="" type="checkbox"/> 腸瘻) <input checked="" type="checkbox"/> ストマの患者 <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 人口呼吸装着の患者 <input type="checkbox"/> VHの患者 <input checked="" type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者 <input checked="" type="checkbox"/> 終末期の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 難病の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 小児の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 精神疾患の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 人工透析の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 創傷処置の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡処置の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど)							
往診地域	<input type="checkbox"/> 良 (<input checked="" type="checkbox"/> 池間島 <input checked="" type="checkbox"/> 大神) <input checked="" type="checkbox"/> 城辺 <input checked="" type="checkbox"/> 下地 (<input checked="" type="checkbox"/> 来間島) <input checked="" type="checkbox"/> 上野 <input checked="" type="checkbox"/> 伊良部 (<input checked="" type="checkbox"/> 伊良部島 <input checked="" type="checkbox"/> 下地島) <input checked="" 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()	
	3	2	1		4	5		
担当者会議への医師の参加	主治医の医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 困難						
	で開催する場合	開催する時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 診療時間内で調整 <input checked="" type="checkbox"/> 診療時間外で調整 <input checked="" type="checkbox"/> 随時調整					
	往診時に開催する場合	<input type="checkbox"/> 30分以内 <input checked="" 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)	まずは、お電話下さい(専用連絡先へ)、在宅では、腹膜透析可能							
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								