

医療機関名							院長名					
							窓口担当者 (Dr代理担当者の方)					
所在地	〒						TEL				FAX	
診療科							e-mail					
							ホームページ	有			無	
休診日							診療時間					
在宅医療の 取り組み	①在宅療養支援診療所の届出		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無							
	②訪問診療(定期的な訪問)		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	③往診(希望時に不定期訪問)		<input type="checkbox"/> 対応している		(<input type="checkbox"/> かかりつけ患者のみ <input type="checkbox"/> かかりつけ患者以外要相談)		<input type="checkbox"/> していない					
	※訪問可能な方のみ		曜日	月	火	水	木	金	土	日	訪問可能な地域	
	時間帯											
	④終末期医療(ガン末期・看取り等)への対応		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	⑤麻薬の処方		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	⑥※入院ベッドを持つ医療機関の場合 在宅療養等緊急時の受け入れ		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	⑦主治医意見書の記載		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	⑧ケース会議への参加		<input type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可							
⑨在宅での死亡診断書の記載		<input type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可								
認知症の 取り組み	①診療		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	②専門医への紹介		<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない							
	③診療科 (※診察曜日と時間帯を記入してください。)		<input type="checkbox"/> もの忘れ外来(<input type="checkbox"/> 精神科(<input type="checkbox"/> 脳神経外科(
			<input type="checkbox"/> 心療内科(<input type="checkbox"/> その他(
④研修受講の有無		<input type="checkbox"/> 認知症サポート医研修		<input type="checkbox"/> かかりつけ医認知症対応力向上研修		<input type="checkbox"/> 無						
医師との連携方法 ○ … 対応可 × … 対応不可	直接面談	往診同席	外来同席	電話	メール	FAX	その他					
連携タイム (主治医が関係機関と連携しやすい時間帯)	月	火	水	木	金	土						
多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)												

病院・診療所(土浦市・土浦市医師会) 記載例

記載日 R . . .

医療機関名	○ □ △医院				院長名	土浦 一郎				いつの情報か分かる様に、必ず記載をしてください。					
					窓口担当者 (Dr代理担当者の方)	高津 二郎									
所在地	〒300-8686 土浦市下高津一丁目20番35号				TEL	029-826-1111			FAX	029-825-5066					
診療科	内科, 呼吸器内科, アレルギー科				e-mail	tsuchiura@city.lg.jp									
					ホームページ	有 無									
休診日	水, 日				診療時間	(平 日)9:00~12:30, 15:00~19:00 (土曜日)9:00~13:00, 14:30~17:30									
在宅医療の 取り組み	①在宅療養支援診療所の届出		<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無										
	②訪問診療(定期的な訪問)		<input type="checkbox"/> 対応している		<input checked="" type="checkbox"/> していない										
	③往診(希望時に不定期訪問)		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ患者のみ <input type="checkbox"/> かかりつけ患者以外要相談 <input type="checkbox"/> していない										
	※訪問可能な方のみ		曜日	月	火	水	木	金	土	日	訪問可能な地域	四中地区			
			時間帯			13:30~14:30									
	④終末期医療(ガン末期・看取り等)への対応		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない										
	⑤麻薬の処方		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない										
	⑥※入院ベッドを持つ医療機関の場合 在宅療養等緊急時の受け入れ		<input type="checkbox"/> 対応している		<input checked="" type="checkbox"/> していない										
	⑦主治医意見書の記載		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない										
	⑧ケース会議への参加		<input checked="" type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可										
⑨在宅での死亡診断書の記載		<input checked="" type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可											
認知症の 取り組み	①診療		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない										
	②専門医への紹介		<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない										
	③診療科 (※診察曜日と時間帯を記入してください。)		<input checked="" type="checkbox"/> もの忘れ外来(<input type="checkbox"/> 精神科(<input type="checkbox"/> 脳神経外科()								
			<input type="checkbox"/> 心療内科(<input type="checkbox"/> その他()										
④研修受講の有無		<input type="checkbox"/> 認知症サポート医研修		<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医認知症対応力向上研修					<input type="checkbox"/> 無						
医師との連携方法 ○ … 対応可 × … 対応不可		直接面談	×	往診同席	×	外来同席	○	電話	○	メール	○	FAX	○	その他	
連携タイム (主治医が関係機関と連携しやすい時間帯)		月	火	水	木	金	土								
		14:30頃	14:30頃	×	14:30頃	14:30頃	13:30頃								
多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)		○△□シートを活用して情報交換を行う。													