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 |  | | | | | | |