（添書不要）回答期限：令和６年１１月２２日（金）回答先：福島県県北保健福祉事務所総務企画課　宍戸　行

 　　　　　　ＦＡＸ：024-534-4105　　E-mail：kenpokuhofuku\_kikaku@pref.fukushima.lg.jp

在宅緩和ケア提供体制に関する調査票【病院】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 回答者名 |  |

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　FAX　　　　　　（　　　　） |
| E-mail |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞURL |  |
| 入退院調整部署 |  | 入院時連携部門 | 退院調整連携部門 |
| 部署名 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| FAX |  |  |
| 従事者 | MSW：　　人　　退院調整看護師：　　人　その他（　　　　　　　）：　　人 |
| 併設関連機関 | □地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護　□訪問介護□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション□短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設□介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　）□関連機関の併設はない　 |

２　在宅医療提供体制

|  |  |
| --- | --- |
| 緩和ケアチームがありますか | 　ある　　・　　ない |
| 在宅療養患者の緊急入院受入体制はありますか　　 | 　ある　　・　　ない |
| 在宅療養患者のレスパイト対応のための一時入院受入体制はありますか　 | ある　　・　　ない |
| 訪問診療の実施体制はありますか。⇒「ある」と回答した施設は、R5年7月1日～R6年6月30日の１年間訪問診療をした実人数を記入してください。 | 　ある　　・　　ない　　　　　　　　人／年 |
| 往診の実施体制はありますか。　⇒「ある」と回答した施設は、R5年7月1日～R6年6月30日の１年間往診をした実人数を記入してください。 | ある　　・　　ない　　　　　　　　人／年 |

３　上記情報の公開への同意（掲載に同意しない場合☑を入れてください）

* 社会資源情報冊子へ掲載することに同意しない。
* 福島市在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。
* 伊達地方在宅医療・介護連携支援センターのホームページへ掲載することに同意しない。

ご協力ありがとうございました。