

医療機関名	青木クリニック			開設者もしくは管理者(医師名)	青木 嗣明		
所在地	〒	708-0037	津山市戸川町12				
TEL	0868-22-3087			FAX	0868-22-3036		
E-mail				ホームページ			
診療科	内科						
病床数	一般	0 床		療養	床		
診療日及び診療時間	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00
	午後	14:00~18:00	14:00~18:00		14:00~18:00	14:00~18:00	13:00~15:00
訪問診療日及び訪問診療時間	曜日	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後	適時	適時		適時	適時	
相談窓口							
担当部署名				担当者名	青木 嗣明		
TEL	0868-22-3087			FAX	0868-22-3036		
E-mail							
サービス担当者会議への取組 (可能なものに○を記入してください。)				参加している職種 (可能なものに○を記入してください。)			
<input type="checkbox"/>	貴医療機関で	(20)	分程度なら可能	<input checked="" type="checkbox"/> 医師	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	MSW PT・OT・ST 薬剤師 栄養士 その他 ()	
<input type="checkbox"/>	患者宅で	(20)	分程度なら可能	<input checked="" type="checkbox"/> 医師	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	MSW PT・OT・ST 薬剤師 栄養士 その他 ()	
	FAX等での指示						
入退院時カンファレンスへの出席 (該当するものに○を記入してください。)				参加している職種 (可能なものに○を記入してください。)			
	出席できる	()	分程度なら可能	医師	看護師	MSW PT・OT・ST 薬剤師 栄養士 その他 ()	
	都合が合えば出席できる	()	分程度なら可能	医師	看護師	MSW PT・OT・ST 薬剤師 栄養士 その他 ()	
<input type="checkbox"/>	出席は困難						
ケアマネと医師との面談方法 (可能なものに○を記入してください。)							
直接面談	往診同席	外来同席	電話連絡	FAX連絡	メール連絡	その他(具体的に記入)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
主治医が面談等の対応が比較的可能な時間帯							
曜日	月	火	水	木	金	土	要相談
時間帯	適時	適時	適時	適時	適時	適時	○
訪問診療	(<input type="checkbox"/>) している		年間 実 (4) 人程度				
	() していない		主なエリア	津山市内			
在宅療養をしている人への往診	() している		主なエリア				
	(<input type="checkbox"/>) していない						
在宅患者の看取りについて (昨年実績)		() している			(<input type="checkbox"/>) していない		
		自宅	0 人	特養	0 人	特定施設	0 人
在宅療養支援診療所の届出		() 在宅療養支援診療所(1)					
		() 在宅療養支援診療所(2)					
		() 在宅療養支援診療所(3)					
		(<input type="checkbox"/>) していない					

訪問診療での対応について 要相談○、受入不可×のいずれかをご記入ください。			
項 目		項 目	
×	経鼻胃管の方	×	人工呼吸器装着の方
○	胃ろうの方	×	痰の吸引が必要な方
×	腸ろうの方	×	気管切開をしている方
×	ストーマの方	×	化学療法を必要とする方 可能な範囲()
○	尿道カテーテルの方	×	創傷処置が必要な方(抜糸・抜鉤、ガーゼ交換)
×	膀胱ろうの方	×	比較的単純骨折の方 (術後または保存的治療でリハビリを要しないもの)
×	腎ろうの方	×	人工透析の方
×	ドレーン挿入を行っている方(PTCD)	×	褥瘡ケアの必要な方
×	ドレーン挿入を行っている方(胸腔)	×	ターミナル期の方
×	ドレーン挿入を行っている方(腹腔)	×	緩和のための麻薬使用の方
×	ポート(静脈リザーバー)を設置している方	○	認知症の方
×	TPNをしている方	×	精神疾患の方
○	在宅酸素療法の方		
入院受入れについて(有床診療所のみ) 要相談○、受入不可×のいずれかをご記入ください。			
項 目		項 目	
	経鼻胃管の方		人工呼吸器装着の方
	胃ろう・腸ろうの造設		痰の吸引が必要な方
	胃ろう・腸ろうの交換		気管切開をしている方
	ストーマの方		化学療法を必要とする方
	尿道カテーテルの方		創傷処置が必要な方(抜糸・抜鉤、ガーゼ交換)
	膀胱ろうの方		比較的単純骨折の方 (術後または保存的治療でリハビリを要しないもの)
	腎ろうの方		人工透析の方
	ドレーン挿入を行っている方(PTCD)		褥瘡ケアの必要な方
	ドレーン挿入を行っている方(胸腔)		ターミナル期の方
	ドレーン挿入を行っている方(腹腔)		緩和のための麻薬の使用
	ポート(静脈リザーバー)を使用している方		認知症の方
	TPNをしている方		精神疾患の方
	物理療法		作業療法
	理学療法		えん下・言語療法
病院のPR等、お書きください。			