

医療機関名	医療法人 大桑医院			開設者もしくは管理者(医師名)		大桑 正名					
所在地	〒	708-0841	津山市川崎1136								
TEL	0868-26-1349			FAX	0868-26-1622						
E-mail				ホームページ							
診療科	内科										
病床数	一般	0	床	療養	0	床					
診療日及び 診療時間	曜日	月	火	水	木	金	土				
	午前	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00				
	午後	15:00~17:30	15:00~17:30	15:00~17:30	—	15:00~17:30	—				
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			14:00~15:00							
相談窓口											
担当部署名	院長			担当者名	大桑 正名						
TEL	0868-26-1349			FAX	0868-26-1622						
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	(15)	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"/>	患者宅で	(15)	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	()
	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。)							
<input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>								
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		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
訪問診療	(<input type="checkbox"/>) している			年間 実 (2) 人程度							
	() していない			主なエリア	津山市						
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)									
		(<input type="checkbox"/>) 在宅療養支援診療所(3)									
		() 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)	○	褥瘡ケアが必要な方
×	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)		褥瘡ケアが必要な方
	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。			