

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|------------|--------------|------------------------------|--------------|-------------|------------|-----|-----|-----|-----|
| 医療機関名 | 小野形成外科・整形外科 | | | 開設者もしくは管理者(医師名) | 小野 陽子 | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | 708-0052 | 津山市田町20 | | | | | | | | |
| TEL | 0868-22-2314 | | | FAX | 0868-22-2314 | | | | | | |
| E-mail | | | | ホームページ | | | | | | | |
| 診療科 | 形成外科・整形外科 | | | | | | | | | | |
| 病床数 | 一般 | | 床 | 療養 | 床 | | | | | | |
| 診療日及び 診療時間 外来は予約制 午後手術のみ | 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 | 9:00~12:30 | | | | |
| | 午後 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 相談窓口 | | | | | | | | | | | |
| 担当部署名 | | | | 担当者名 | | | | | | | |
| TEL | | | | FAX | | | | | | | |
| 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。) | | | | | | | |
| | 貴医療機関で | () | 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 | () |
| | 患者宅で | () | 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。) | | | | | | | |
| | 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 | () |
| | 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) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 訪問診療 | () | している | | 年間 実 () 人程度 | | | | | | | |
| | (○) | していない | | 主なエリア | | | | | | | |
| 在宅療養をしている 人への往診 | () | している | | 主なエリア | | | | | | | |
| | (○) | 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 | | (○) | していない | | | | | |
| | | 自宅 | 人 | 特養 | 人 | 特定施設 | 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) | | | | | | | | |
| | | (○) | 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。 | | | |