

|                                      |                                   |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------|--|--------------|-------------|------------|-----|------|---------|------------------------------------|
| 医療機関名                                | かんざき医院                            |                  |             | 開設者もしくは管理者(医師名)                        | 神崎 悦人        |             |            |     |      |         |                                    |
| 所在地                                  | 〒                                 | 708-0813         | 津山市山方55-10  |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| TEL                                  | 0868-27-1311                      |                  |             | FAX                                    | 0868-27-1311 |             |            |     |      |         |                                    |
| E-mail                               | yosi5510@yahoo.co.jp              |                  |             | 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<br>診療時間                        | 曜日                                | 月                | 火           | 水                                      | 木            | 金           | 土          |     |      |         |                                    |
|                                      | 午前                                | 9:00~12:30       | 9:00~12:30  | 9:00~12:30                             | 9:00~12:30   | 9:00~12:30  | 9:00~12:30 |     |      |         |                                    |
|                                      | 午後                                | 15:00~18:00      | 15:00~18:00 | —                                      | 15:00~18:00  | 15:00~18:00 | —          |     |      |         |                                    |
| 訪問診療日及び<br>訪問診療時間                    | 曜日                                | 月                | 火           | 水                                      | 木            | 金           | 土          |     |      |         |                                    |
|                                      | 午前                                | 適 宜              |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
|                                      | 午後                                |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 相談窓口                                 |                                   |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 担当部署名                                |                                   |                  |             | 担当者名                                   | 神崎 悦人        |             |            |     |      |         |                                    |
| TEL                                  | 0868-27-1311                      |                  |             | FAX                                    | 0868-27-1311 |             |            |     |      |         |                                    |
| E-mail                               | yosi5510@yahoo.co.jp              |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 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                            | ( 5 )            | 分程度なら可能     | <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( ) |                                    |
| <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"/>             |                                   |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 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                                  | 診療時間内であればいつでもよい                   |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
|                                      | ○                                 |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 訪問診療                                 | ( <input type="checkbox"/> ) している | 年間 実 ( 4~5 ) 人程度 |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
|                                      | ( ) していない                         | 主なエリア            | 近くのみ        |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 在宅療養をしている<br>人への往診                   | ( <input type="checkbox"/> ) している | 主なエリア            | 近くのみ        |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
|                                      | ( ) していない                         |                  |             |  |              |             |            |     |      |         |                                    |
| 在宅患者の看取りについて<br>(昨年実績)               | ( ) している                          | 自宅               |             |  |              | 人           | 特養         | 人   | 特定施設 | 人       | ( <input type="checkbox"/> ) していない |
| 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。                             |                      |     |                                    |