

医療機関名	医療法人 多胡医院 多胡クリニック			開設者もしくは管理者(医師名)	多胡 卓治					
所在地	〒	708-1117	津山市草加部955-1							
TEL	0868-29-7111			FAX	0868-29-7113					
E-mail	tagocli7111@yahoo.co.jp			ホームページ						
診療科	内科・外科・整形外科・胃腸科									
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	日		
	午前	9:00~12:00	検査日	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	—	9:00~12:00		
	午後	15:00~18:00	15:00~18:00	—	15:00~18:00	15:00~18:00	—	14:00~17:00		
訪問診療日及び訪問診療時間	曜日	月	火	水	木	金	土	日		
	午前									
	午後				○					
相談窓口										
担当部署名	外来			担当者名	山本 加江					
TEL	0868-29-7111			FAX	0868-29-7113					
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 ( 14 ) 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	1 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	
<input type="checkbox"/>	経鼻胃管の方	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着の方
<input type="checkbox"/>	胃ろうの方	<input type="checkbox"/>	痰の吸引が必要な方
<input type="checkbox"/>	腸ろうの方	<input type="checkbox"/>	気管切開をしている方
<input type="checkbox"/>	ストーマの方	<input type="checkbox"/>	化学療法を必要とする方 可能な範囲( )
<input type="checkbox"/>	尿道カテーテルの方	<input type="checkbox"/>	創傷処置が必要な方(抜糸・抜鉤、ガーゼ交換)
<input type="checkbox"/>	膀胱ろうの方	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	腎ろうの方	<input type="checkbox"/>	人工透析の方
<input type="checkbox"/>	ドレーン挿入を行っている方(PTCD)	<input type="checkbox"/>	褥瘡ケアの必要な方
<input type="checkbox"/>	ドレーン挿入を行っている方(胸腔)	<input type="checkbox"/>	ターミナル期の方
<input type="checkbox"/>	ドレーン挿入を行っている方(腹腔)	<input type="checkbox"/>	緩和のための麻薬使用の方
<input type="checkbox"/>	ポート(静脈リザーバー)を設置している方	<input type="checkbox"/>	認知症の方
<input type="checkbox"/>	TPNをしている方	×	精神疾患の方
<input type="checkbox"/>	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。			