

|                                     |                                   |                              |                                    |  |              |             |             |     |     |         |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|--------------|-------------|-------------|-----|-----|---------|
| 医療機関名                               | 中西クリニック                           |                              |                                    | 開設者もしくは管理者(医師名)                        | 中西 曹輔        |             |             |     |     |         |
| 所在地                                 | 〒                                 | 708-0814                     | 津山市東一宮43-13                        |  |              |             |             |     |     |         |
| TEL                                 | 0868-27-7200                      |                              |                                    | FAX                                    | 0868-27-7201 |             |             |     |     |         |
| E-mail                              |                                   |                              |                                    | ホームページ                                 |              |             |             |     |     |         |
| 診療科                                 | 内科・呼吸器科                           |                              |                                    |  |              |             |             |     |     |         |
| 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                                | 9:00~12:00                   | 9:00~12:00                         | 9:00~12:00                             |              | 9:00~12:00  | 9:00~12:00  |     |     |         |
|                                     | 午後                                | 16:00~18:00                  | 16:00~18:00                        | 16:00~18:00                            |              | 16:00~18:00 | 16:00~18:00 |     |     |         |
| 訪問診療日及び<br>訪問診療時間                   | 曜日                                | 月                            | 火                                  | 水                                      | 木            | 金           | 土           |     |     |         |
|                                     | 午前                                |                              |                                    |  |              |             |             |     |     |         |
|                                     | 午後                                | 13:00~15:30                  | 13:00~15:30                        | 13:00~15:30                            |              | 13:00~15:30 | 13:00~15:30 |     |     |         |
| 相談窓口                                |                                   |                              |                                    |  |              |             |             |     |     |         |
| 担当部署名                               |                                   |                              |                                    | 担当者名                                   | 中西 曹輔        |             |             |     |     |         |
| TEL                                 | 0868-27-7200                      |                              |                                    | FAX                                    | 0868-27-7201 |             |             |     |     |         |
| 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                            | ( 15~30 )                    | 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"/>            |                                   | <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                                 | 診療時間内                             | 診療時間内                        | 診療時間内                              |  | 診療時間内        | 診療時間内       |             |     |     |         |
| 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                        | 旧市内                                |  |              |             |             |     |     |         |
| 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                              |  |              |             |             |     |     |         |
|                                     | ( ) 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                     | ( <input type="checkbox"/> ) 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)                       |  |              |             |             |     |     |         |
|                                     |                                   | ( <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。                             |                      |     |                                    |