

医療機関名	内田整形外科医院			開設者もしくは管理者(医師名)	内田 恭輔						
所在地	〒	708-0004	津山市山北550								
TEL	0868-22-2302			FAX	0868-22-5320						
E-mail				ホームページ							
診療科	整形外科・リハビリテーション科										
病床数	一般	11	床	療養	0	床					
診療日及び 診療時間	曜日	月	火	水	木	金	土				
	午前	8:00~11:30	8:00~11:30	8:00~11:30	8:00~11:30	8:00~11:30	8:00~11:30				
	午後	13:30~17:30	—	13:30~17:30	—	13:30~17:30	—				
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										
相談窓口											
担当部署名				担当者名	内田 恭輔						
TEL	0868-22-2302			FAX	0868-22-5320						
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="radio"/>	貴医療機関で	( 30 )	分程度なら可能	医師	看護師	MSW	PT・OT・ST	薬剤師	栄養士	<input checked="" type="radio"/> その他 ( )	
<input type="radio"/>	患者宅で	( 30 )	分程度なら可能	医師	看護師	MSW	PT・OT・ST	薬剤師	栄養士	<input checked="" type="radio"/> その他 ( )	
	FAX等での指示										
入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="radio"/>	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="radio"/>	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="radio"/>	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	19:00~	17:00~	19:00~	19:00~	19:00~	16:00~	○				
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。			