

作成日 年 月 日

項目	ご記入欄
1 医師名	
2 医療機関名	
3 所在地	〒
4 標ぼう診療科	
5 在宅療養支援診療所・病院	
6 病床数(再掲医療療養・介護療養)	
7 ケアマネ事業所併設、訪問リハ等の提供	
8 電話番号	
9 FAX番号	
10 メールアドレス	
11 ホームページ・URL	
12 相談窓口担当者	
13 ケアマネの相談に応じられる時間帯の目安	
14 訪問診療対応地域の目安(要相談)	
15 訪問診療を実施している患者総数	施設・サービス付き高齢者住宅等
	自宅
16 貴医療機関受け入れ可能な在宅療養患者数	
17 在宅看取り(過去1年間の実績※)	

項目	対応可否について (該当に○を記入ください)
1 点滴(末梢)	可( ) 否( )
2 IVH(中心静脈栄養)	可( ) 否( )
3 CVポート	可( ) 否( )
4 がん患者の対応(緩和ケア等)	可( ) 否( )
5 麻薬	注射 内服 貼布 ( ) ( ) ( )
6 麻薬持続投与	皮下注( ) ポンプ( )
7 在宅酸素	可( ) 否( )
8 インシュリン	医師 訪看 本人・家族 ( ) ( ) ( )
9 気管切開(カニューレ交換)	気切:可( )否( ) 交換:可( )否( )
10 人工呼吸器(気管切開・非侵襲的)	気切:可( )否( ) 非侵:可( )否( )
11 経鼻胃管栄養交換	可( ) 否( )
10 胃ろう腸ろう経管栄養 交換	胃ろう( ) 腸ろう( )
	胃ろう( ) 腸ろう( )
12 腎ろう膀胱ろう 交換	腎ろう( ) 膀胱ろう( )
	腎ろう( ) 膀胱ろう( )
14 人工肛門・膀胱	肛門( ) 膀胱( )
15 バルーン交換	可( ) 否( )
16 PTC(経皮経肝胆管ドレナージ)	対応:可( )否( ) 交換:可( )否( )
17 胸水穿刺・腹水穿刺	穿刺 胸水 腹水 ( ) ( ) ( )
18 ドレーン胸水・ドレーン腹水	ドレーン 胸水 腹水 ( ) ( ) ( )
19 認知症・精神疾患(認知症以外)	認知( ) 精神( )
20 神経難病	可( ) 否( )

備考

※ 毎年7月に関東信越厚生局に提出する「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に関する報告書」の件数など目安となる件数を記入してください。