大崎市在宅医療・介護連携推進事業

大崎市医療・介護資源マップ変更申請書（医療機関用）

記　入　日　　平成　　年　　月　　日

医療機関名

記入者名

大崎市のホームページにある「おおさきわが街ガイド」に追加された「大崎市医療・介護資源マップ」にて変更箇所がある場合には，**変更箇所のナンバーを〇で囲い**，変更内容のみを記入の上，**社会福祉課 （ＦＡＸ ２２－９０４７ または，メールshafuku@city.osaki.miyagi.jp）**まで送信お願いします。

１．基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　　目 | | 変 更 内 容 | | | | | | |
| １ | 医療機関名 | |  | | | | | | |
| ２ | 院長名 | |  | | | | | | |
| ３ | 郵便番号・所在地 | | 〒 | | | | | | |
| ４ | 電話番号・FAX番号 | | ☎  FAX | | | | | | |
| ５ | 診療時間 | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| （受付）午前  （診療）午前 | ～  　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| （受付）午後  （診療）午後 | ～  　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| ※備考 | | | | | | | | |
| ６ | 休診日 | |  | | | | | | |
| ７ | ホームページ | | 無・有（ ） | | | | | | |
| ８ | メールアドレス | | 無・有（ ） | | | | | | |
| ９ | 診療科目 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| １０ | （１）病床の有無 | | （○を付けてください）　有　・　無 | | | | | | |
| （２）病床の種類，病床数 | |  | | | | | | |
| １１ | 初診時の紹介状の必要の有無 | | （○を付けてください）　有　・　無 | | | | | | |
| １２ | 主治医意見書依頼時の注意事項 | |  | | | | | | |
| １３ | （１）医療相談室等の連絡先 | | ☎ | | | | | | |
| FAX | | | | | | |
| Mail | | | | | | |
| （２）相談対応可能な時間帯 | |  | | | | | | |
| １４ | 担当者氏名 | |  | | | | | | |
| １５ | ケース会議の参加可能な時間帯 | |  | | | | | | |

２．面談方法（面談可能な方法に○をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 回答 | NO | 項　　目 | 回答 |
| １ | メール連絡 |  | ３ | 電話連絡 |  |
| ２ | FAX |  | ４ | 直接面談（事前電話連絡の上） |  |

３．在宅医療に関する基本情報（当てはまる項目に○をつけて下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 変 更 内 容 |
| １ | 訪問診療※1 |  |
| ２ | 往診※２ |  |
| ３ | 訪問看護の併設 |  |
| ・外部の医療機関の指示による訪問看護の提供 |  |
| ４ | 訪問リハビリテーションの併設 | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 |
| ・外部の医療機関の指示による訪問リハビリテーションの提供 |  |
| ５ | 栄養指導 |  |
| ・外部の医療機関の指示による栄養指導の提供 |  |
| ６ | 在宅支援病院※３ |  |
| ７ | 在宅支援診療所※４ |  |
| ８ | 主な対応地域 | 古川・松山・三本木・鹿島台・岩出山・鳴子・田尻 |
| ９ | 緊急対応 | 可　　　　要相談　　　　不可 |
| ※備考 |  |

（※１　ここでいう訪問診療は，自宅や施設で療養している通院困難な患者さんに対して，その同意を得て計画的な医学管理の下に，定期的に訪問して診療を行うことです。）

（※２　ここでいう往診は，患者さんの求めに応じて，患者さんの家に赴いて診療することです。）

（※３　ここでいう在宅療養支援病院は，地域における在宅医療を支える２４時間の窓口として，他の病院，診療所等と連携を図りつつ，２４時間往診等を提供し，緊急時に入院できる病床を常に確保している病院です。）

（※４　ここでいう在宅療養支援診療所は地域における在宅医療を支える２４時間の窓口として，他の病院，診療所等と連携を図りつつ，２４時間往診等を提供する診療所です。）

４．在宅管理可能な医療行為に関する基本情報（当てはまる項目に○をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 項　　目 | 回　答 | NO | 項　　目 | 回　答 |
| １ | 気管切開管理 |  | ７ | 中心静脈栄養管理 |  |
| ２ | 人工呼吸管理 |  | ８ | 褥瘡処置 |  |
| ３ | 在宅酸素療法 |  | ９ | ストーマ管理 |  |
| ４ | 留置カテーテル |  | １０ | 在宅での看取り |  |
| ５ | 経管栄養管理 |  | １１ | 疼痛管理 |  |
| ６ | インスリン注射 |  | １２ | 緩和ケア |  |

５．アピールポイント

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |