**行田市在宅主治医紹介システム　医療機関登録票**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | 院長名 |  |
| 窓口担当者 |  |
| TEL | | | FAX | (Dr.代理可能な方) |  |
| Eメールアドレス | | ＠ | | | |

**＊在宅医療の取り組み**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医意見書の記載 | ・対応している | ・していない |
| 訪問診療 | ・定期的に訪問している | ・していない |
| 新規の訪問診療 | ・受けてよい | ・受けられない |
| かかりつけ患者の臨時往診 | ・対応している | ・していない |
| 在宅医療支援診療所の届出 | ・有 | ・無 |

**＊医師との連絡方法（ケアマネ・相談員等から）　※優先順位を１～６の番号で記載して下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 直接訪問 | 往診同席 | 外来同席 | 電話連絡 | ＦＡＸ | メール | その他 | | |
| 順位 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**＊担当者会議への医師の参加（○をつけてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 先生の都合に合わせた時間で、先生の医療機関で開催の場合 | ・３０分以内なら　・１５分以内なら　・困難 |
| 訪問診療に合わせて、患者様宅で開催の場合 | ・３０分以内なら　・１５分以内なら　・困難 |

**＊退院時カンファレンスへの医師の参加（○をつけてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 先生の都合に合わせた時間で、入院先医療機関で開催の場合 | ・３０分以内なら　・１５分以内なら　・困難 |

**＊ケアマネ等がアポイントをとる際に比較的対応が可能な時間帯**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日（○・×記入） | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | （他） |
| 時間帯（自由記載） |  | | | | | | |

**＊多職種の方々への要望（連絡時の注意事項等）**

|  |
| --- |
|  |

**※癌患者様対応につき**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介して頂いた癌患者の術後フォロー | ・対応している | ・していない |
| 癌手術患者外来フォロー（早期・進行） | 早期；・対応可・不可　　　進行；・対応可・不可 | |
| 抗癌剤治療（経口・注射） | 経口；・対応可・不可　　　注射；・対応可・不可 | |
| 麻薬管理（疼痛コントロール含） | ・対応している | ・していない |
| その他 | | |

**※在宅医療支援センターからの連絡にあたり**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡方法はどちらをご希望ですか？ | ・FAX | ・Eメール |
| Eメールの使用頻度は？ | ・毎日　・2～3日に１回程度　・週１回程度　・他（　　　　　　　　　） | |
| その他要望等 | | |