**在宅医療・介護連携推進に関する情報提供書＜送信先　FAX；572-6672　表紙不要＞**

**◆診療所**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入日** | **年　　　月　　　　日** |
| **記入者所属名** |  |
| **氏　　名** |  |

**Ⅰ　基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | | | | |
| **院長名** |  | | | | |
| **所在地** |  | | | | |
| **連絡先** | **℡：** |  | **fax** |  | |
| **e-mail** |  | | | |
| **ホームぺージ** |  | | | | |
| **併設関連機関** | □地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護　□訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□福祉用具貸与□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □関連機関の併設はない | | | |

**Ⅱ診療情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療日：時間** | **月曜日** | **火曜日** | **水曜日** | **木曜日** | **金曜日** | **土曜日** | **日曜日** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **診療科目** |  | | | | | | |
| **訪問診療の可否** | **①□行っている　　　　　人/週　　　　　　　　　　　　②□行っていない** | | | | | | |
| 1. **に☑の場合**   **＊在宅管理可能な医療** | □気管切開管理　□人工呼吸器管理　□膀胱留置カテーテル管理  □経管栄養管理　□中心静脈栄養管理　□麻薬管理　□看取り　□小児　□精神 | | | | | | |
| **＊訪問診療の対応可能曜日・時間** | **月曜日** | **火曜日** | **水曜日** | **木曜日** | **金曜日** | **土曜日** | **日曜日** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **＊訪問診療のエリア** |  | | | | | | |
| **往　診** | **□行っている　　　　人/月　　　　　　　　　　□行っていない** | | | | | | |
| **医師への相談方法**  **複数回答可** | **メール連絡　　FAX連絡　　電話連絡　　直接面談　　外来同席　　往診同席**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | |
| **面談可能な曜日・時間帯** |  | | | | | | |
| **特徴・PR**  **（発達障害の受診や、緊急での新規訪問診療の受け入れなど）** | **（貴事業所の案内チラシを添付して頂いても構いません。）** | | | | | | |

**Ⅲ　当センターホームページ（在宅医療・介護連携事業所一覧）において上記以外の情報についての掲載について**

□同意する　　　　　　　　　□同意しない

※出来るだけ最新情報の掲載を行っていきたいと思いますので情報に変更がありましたら、福島市在宅医療・介護連携支援センター迄メールまたはＦＡＸにてご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。尚、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。