

診療所名	紫竹山医院		在宅療養 支援診療所	1・2・3・未登録				
(フリガナ) 医師氏名	院長: 新潟 一郎		他医師:					
所在地	〒 950-0914 新潟市 中央区 紫竹山1-1-1							
TEL/FAX	TEL (025) ●●●-●●●●		FAX (025) ●●●●					
U R L	http://shihichikuyamaiin.lg.jp							
E-mail	shichikuyamaiin@△△△.ne.jp							
診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他 () ※診療科目は <input checked="" type="checkbox"/> を、そして専門科目については○で囲んでご記入ください							
通常 診療時間	診療(受付)時間	月	火	水	木	金	土	日
	午前	9:00~12:00(8:30~11:30)	○	○	○		○	
		9:00~12:30(8:30~12:00)				○		○
	午後	15:00~18:00	○	○	○		○	
(14:30~17:30)								
訪問診療	12:30~14:30			○				
連携窓口	担当者名(職種) 担当は決めていないが基本的に看護師が対応 ()							
介護保険主治医意見書の作成依頼を主目的とした初診	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要相談 <input type="checkbox"/> 不可							
医師への連絡相談	<input checked="" type="checkbox"/> 書面 (<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール) <input checked="" type="checkbox"/> 電話(時間帯 診療時間中) <input checked="" type="checkbox"/> 面談(比較的都合の良い時間帯 ~) * 面談は電話でアポを取ってください							
連携にあたっての要望 事項や詳細は余白欄や 備考欄にご自由にご記 載ください。具体的な 記載を頂きますようお 願いたします。	への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 可 ⇒参加者: <input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 要相談 * 実施日時による <input type="checkbox"/> 不可						
	新規受入	<input checked="" type="checkbox"/> 新規受入応相談 <input type="checkbox"/> 元々自院患者なら応相談 <input type="checkbox"/> 不可						
	往診	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 可(□24h可) <input checked="" type="checkbox"/> 自院患者に限り可 <input type="checkbox"/> 不可						
	看取り	<input checked="" type="checkbox"/> 看取りまで可 <input type="checkbox"/> 看取りは不可 <input type="checkbox"/> 不可						
訪問・往診エリア	<input checked="" type="checkbox"/> 北区(全域・一部) <input checked="" type="checkbox"/> 東区(全域・一部) <input checked="" type="checkbox"/> 中央区(全域・一部) <input type="checkbox"/> 江南区(全域・一部) <input type="checkbox"/> 秋葉区(全域・一部) <input type="checkbox"/> 南区(全域・一部) <input type="checkbox"/> 西区(全域・一部) <input type="checkbox"/> 西蒲区(全域・一部) * 車で15分以内の範囲							
訪問診療・往診の 具体的条件	訪問診療対応の患者さんには原則、訪問看護の利用をお願いしたい。 訪問診療エリアは上記以外にも対応できる場合があるので、お声掛けください。							
中心静脈栄養	管理可否		在宅酸素			管理可否		
末梢点滴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可					
経鼻経管	<input checked="" type="checkbox"/> 可(チューブ交換可) <input type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		C P A P			<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		
胃ろう	<input checked="" type="checkbox"/> 可(チューブ交換可) <input type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		持続陽圧呼吸			<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		
腸ろう	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		N P P V			<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		
インスリン	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		非侵襲的人工呼吸			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
フォール	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		T P P V			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
導尿	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		気管切開下人工呼吸			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
膀胱ろう	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		腹膜透析(CAPD)			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
人工肛門	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		抗 癌 剤			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
備考	胸水・腹水管理→可		疼痛管理・麻薬			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		
			認知症			<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input type="checkbox"/> 不可		
			褥 瘡			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件による <input checked="" type="checkbox"/> 不可		

この項目を変更しています!
 前回までは有無だけをご記入いただきました。
 ご注意ください

連携にあたっての要望
 事項や詳細は余白欄や
 備考欄にご自由にご記
 載ください。具体的な
 記載を頂きますようお
 願いたします。

上記項目以外で、記載の必要な処置等がございましたら、備考にご記入願います。