

医療的ケア児かかりつけ医登録シート集計表（シート版）

基本 情報	医療機関名		Tel					
	住所		FAX					
	中学校区		メールアドレス					
院長名（ふりがな）			連携窓口担当者(Dr代理対応の方)					
主な診療科 (※主たるものから順に並べる)			3	4				
診療曜日 時間帯（○で囲む）		月	火	水	木	金	土	日
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
午前・午後の 診療時間			駐車場		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし			
車いす・バギー	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	予約	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 完全予約制 <input type="checkbox"/> その他			

医療的ケア児在宅医療に関わる際の条件 該当する項目にチェックをしてください

訪問診療	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可
かかりつけ患者の臨時往診	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可
診療所に受診した場合の対応	<input type="checkbox"/> 対応可能	<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）	<input type="checkbox"/> 対応不可
患者・家族からの連絡について	<input type="checkbox"/> 時間帯を限定せず終日患者家族からの連絡に応じる	<input type="checkbox"/> 曜日・時間帯限定であれば患者・家族からの連絡に応じる	<input type="checkbox"/> 患者の状態に応じ、事前の申し合わせで適宜連絡に応じる
退院時カンファレンス、サービス担当者会議等への 医師の参加	主治医の都合の時間で 医療機関で開催の場合	訪問診療に合わせて 開催の場合	FAX等での指示
	60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難	60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難
対応可能な年齢	<input type="checkbox"/> 新生児 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生以上		対応可能な時間 （電話対応を含む） <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 診療時間内のみ <input type="checkbox"/> 夜間・休日を除く <input type="checkbox"/> その他 （条件等）
対応可能な医療内容	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> (シナジズ) <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 発達相談 <input type="checkbox"/> 一般的な診療 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ((鼻チューブ) <input type="checkbox"/> (EDチューブ) <input type="checkbox"/> (栄養剤の処方) <input type="checkbox"/> その他 (条件等)		希望する 体制 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 在宅医療の経験を有する 医師の指導 <input type="checkbox"/> 病院との連携 <input type="checkbox"/> (時間外対応) <input type="checkbox"/> (緊急時対応) <input type="checkbox"/> 他の診療所との連携 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携
	希望する情報	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 入院中の情報 <input type="checkbox"/> 医療ケア技術 <input type="checkbox"/> その他 ()	

研修参加の意向

医療的ケア児かかりつけ医登録制度をすすめていくにあたり、医療的ケア児在宅医療に関する研修を計画しております。研修への参加の有無をお聞かせください。また、学びたい内容があればご記入ください。

研修への参加意向	<input type="checkbox"/> 参加したい	<input type="checkbox"/> 内容によっては参加したい	<input type="checkbox"/> 参加したくない (参加する必要がない)
学びたい内容があれば記入ください (自由記述)			