

<参考> 医療的ケア児かかりつけ医登録シート

別紙 1

基本情報	医療機関名			Tel				
	住所			FAX				
				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)		1	2	3	4			
診療曜日 時間帯(○で囲む)		月	火	水	木	金	土	日
		午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
午前・午後の診療時間	午前: 午後:			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  60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難	訪問診療に合わせて開催の場合  60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難	FAX等での指示  <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 (□シナジス) <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(□鼻チューブ □EDチューブ □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 (□時間外対応 □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( )		その他条件など

医療的ケア児かかりつけ医登録制度において、このシートを使って診療所医師が対応可能な医療内容等を事前に登録しています。