

作成日 H 年 月 日

項目	ご記入欄
1	医師名
2	医療機関名
3	所在地
4	標ぼう診療科
5	在宅療養支援診療所・病院
6	病床数(再掲医療療養・介護療養)
7	ケアマネ事業所併設、訪問リハ等の提供
8	電話番号
9	FAX番号
10	メールアドレス
11	ホームページ・URL
12	相談窓口担当者
13	ケアマネの相談に応じられる時間帯の目安
14	訪問診療対応地域の目安(要相談)
15	訪問診療を実施している患者総数
	施設・サービス付き高齢者住宅等
	自宅
16	貴医療機関受け入れ可能な在宅療養患者数
17	在宅看取り(過去1年間の実績※)

※ 毎年7月に関東信越厚生局に提出する「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に関する報告書」の件数など目安となる件数を記入してください。

項目	対応可否について (該当に○を記入ください)	備考
1	点滴(末梢)	可() 否()
2	IVH(中心静脈栄養)	可() 否()
3	CVポート	可() 否()
4	がん患者の対応(緩和ケア等)	可() 否()
5	麻薬	注射 内服 貼布 () () ()
6	麻薬持続投与	皮下注() ポンプ()
7	在宅酸素	可() 否()
8	インシュリン	医師 訪看 本人・家族 () () ()
9	気管切開(カニューレ交換)	気切:可()否() 交換:可()否()
10	人工呼吸器(気管切開・非侵襲的)	気切:可()否() 非侵:可()否()
11	経鼻胃管栄養交換	可() 否()
10	胃ろう腸ろう経管栄養 交換	胃ろう() 腸ろう()
11		胃ろう() 腸ろう()
12	腎ろう膀胱ろう 交換	腎ろう() 膀胱ろう()
13		腎ろう() 膀胱ろう()
14	人工肛門・膀胱	肛門() 膀胱()
15	バルーン交換	可() 否()
16	PTCD(経皮経肝胆管ドレナージ)	対応:可()否() 交換:可()否()
17	胸水穿刺・腹水穿刺	穿刺 胸水 腹水 () () ()
18	ドレーン胸水・ドレーン腹水	ドレーン 胸水 腹水 () () ()
19	認知症・精神疾患(認知症以外)	認知() 精神()
20	神経難病	可() 否()