**地域包括ネットワーク検索医療情報収集のためのアンケート**

【ダウンロード版】

記入票

（平成26年11月改訂版）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者

Ⅰ．基本情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | |
| 管理者氏名 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| FAX番号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| ホームページアドレス |  | | | |
| 診療時間帯 | 午前 | 時　　分～　　時　　分 | 午後 | 時　　分～　　時　　分 |
| ・診療日（診療している場合☑してください）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | | 午　前 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | 午　後 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | 備　考 | （例：土曜日のみ午後の診療は2：00-4：30） | | | | | | | | | | | | |
| ・貴院での主たる診療分野を、主なものから順に１０以内で番号を記入してください。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) | | 6) | 7) | 8) | 9) | 10) |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 01.内科 | 02.呼吸器内科 | 03.循環器内科 | 04.消化器内科 | 05.腎臓内科 | | 06.神経内科 | 07.糖尿病内科 | 08.血液内科 | 09.皮膚科 | 10.アレルギー科 | | 11.リウマチ科 | 12.感染症内科 | 13.小児科 | 14.精神科 | 15.心療内科 | | 20.外科 | 21.呼吸器外科 | 22.循環器外科 | 23.乳腺外科 | 24.気管食道外科 | | 25.消化器外科 | 26.泌尿器科 | 27.肛門外科 | 28.脳神経外科 | 29.整形外科 | | 30.形成外科 | 31.美容外科 | 32.眼科 | 33.耳鼻いんこう科 | 34.小児外科 | | 35.産婦人科 | 36.産科 | 37.婦人科 |  |  | | 50.リハビリテーション科 | 51.放射線科 | 52.麻酔科 | 53.病理診断科 | 54.臨床検査科 | | 55.救急科 |  |  |  |  | | | | | |
| ・併設している介護事業所もしくは施設   |  | | --- | | 施設サービス  　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□有料老人ホーム  　□サービス付き高齢者住宅 | | 居宅サービス  　□訪問看護　□訪問入浴看護　□訪問介護　□訪問リハビリテーション　□居宅療養管理指導  　□通所介護　□通所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  　□特定施設入居者生活介護　□福祉用具貸与　□特定福祉用具販売 | | 地域密着型サービス  　□夜間対応型訪問介護　□認知症対応型通所介護　□小規模多機能型居宅介護  　□認知症対応型共同生活介護　□介護老人福祉施設入所者生活介護　□特定施設入居者生活介護 | | | | | |

【ダウンロード版】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・実施可能な検査（当てはまるものに☑して下さい）   |  |  | | --- | --- | | 呼吸器 | □肺機能（肺気量分画等）　□咽頭ファイバー　□気管支ファイバー　□血液ガス分析 | | 消化器 | □胃カメラ　□胃透視　□大腸ファイバー　□大腸透視　□腹部エコー | | 循環器 | □心臓カテーテル　□ホルター心電図　□心エコー | | 腎・泌尿器 | □膀胱鏡　□残尿測定　□泌尿器造影検査 | | 脳 | □脳波 | | 整　形 | □関節鏡　□骨密度測定 | | 乳　房 | □マンモグラフィー　□超音波検査 | | その他 | □ＭＲＩ　□ＣＴ　□ＰＥＴ　□ＳＰＥＣＴ | |
| ・外来リハビリテーション可能な項目（当てはまるものに☑してください）  □脳血管疾患　□心大血管疾患　□運動器疾患　□呼吸器疾患　□難病　□障害児　□がん患者  □言語障害　□嚥下障害 |
| ・外来リハビリテーションに係る職種がいれば☑してください。  　□理学療法士（ＰＴ）　□作業療法士（ＯＴ）　□言語聴覚士（ＳＴ）　□セラピスト（運動療法士）  　□その他（　　　　　　　　） |

Ⅱ．在宅医療について

|  |  |
| --- | --- |
| ・在宅医療について該当する項目に○を付けてください。  　１．行わない（設問Ⅲ「連携パスの対応について」にお進みください。）  　２．条件次第で行う   |  | | --- | | 条件を具体的にご記入ください。（例：自院通院患者のみ実施） |   　３．積極的に行う |
| ・在宅での診療内容について該当する項目に☑してください。  　□いつでも往診可  　□条件付きで往診可   |  | | --- | | 条件を具体的にご記入ください。（例：診療日の午後８時まで） |   　□訪問診療　□訪問看護　□訪問リハビリ　□在宅医療専門診療所（基本的に外来を行わない） |
| ・実施可能な医療項目（該当するものに☑して下さい）   |  |  | | --- | --- | | 消化器栄養管理 | □胃瘻　□中心静脈栄養　□人工肛門 | | 呼吸循環管理 | □在宅酸素療法（ＨＯＴ）　□気管切開　□人工呼吸器 | | 腎･泌尿器管理 | □導尿留置　□膀胱瘻　□尿管瘻　□血液･腹膜透析　□腎瘻 | | がん管理 | □癌性疼痛（麻薬管理含む）□抗がん剤治療 □麻薬持続皮下注射 | | その他 | □輸液　□褥瘡　□看取り | |
| ・在宅医療に関する問い合わせについて（当てはまるものに☑して下さい）  　□医師に直接　　□病診連携室　　□その他の担当部署（具体的に記載ください　　　　　　　　） |
| ・連絡方法について  　□ＦＡＸ　□電話（代表番号）　□電話（専用番号）（　　　－　　　－　　　）  □メール（基本情報と異なる場合は、記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・電話の場合、連絡可能な時間帯について  　□随時可能　□診療時間内であれば随時可能　□指定あり（指定時間は　　時から　　時を希望） |

【ダウンロード版】

Ⅲ．連携パスの対応について

|  |  |
| --- | --- |
| ・連携パスの対応について該当する項目に○を付けてください。  　１．対応しない（設問Ⅳ「がん診療に関わる事項について」にお進みください。）  　２．条件次第で行う   |  | | --- | | 条件を具体的にご記入ください。 |   　３．対応する |
| ・対応可能な連携パスについて（該当するものに☑してください）  □脳卒中　□心筋梗塞　□ウイルス性肝炎　□肝炎インターフェロン　□泌尿器科疾患　□糖尿病  □ＣＯＰＤ　□胃がん　□大腸がん　□肺がん　□肝がん　□乳がん　□大腿骨頚部骨折 □緩和ケア |

Ⅳ．がん診療に関わる事項について

|  |  |
| --- | --- |
| ・がん術後のフォローアップは可能ですか？（当てはまる項目に○を付けてください。）  　１．できる  　２．条件次第で行う   |  | | --- | | 条件を具体的にご記入ください。（例：自施設からの紹介患者であれば可能） |   　３．できない（設問Ⅴ「認知症への対応について」にお進みください。） |
| ・フォローアップ可能な場合、受け入れ可能な癌腫について（該当するものに☑してください）  　□胃がん　□大腸がん　□肺がん　□乳がん　□肝がん　□その他（　　　　　　　　　） |
| ・受け入れ可能ながん患者について（該当するものに☑してください）  　□フォローのみ　□ホルモン療法　□補助化学療法　□緩和ケア　□ターミナルケア（看取り） |

Ⅴ．認知症への対応について

|  |  |
| --- | --- |
| １．対応しない（設問Ⅵ「介護保険関連」にお進みください。）  　２．条件次第で行う   |  | | --- | | 条件を具体的にご記入ください。（例：専門医との併診なら可能） |   　３．対応する |
| ・認知症への対応について該当する項目に☑してください。  　□かかりつけ医認知症対応力向上研修会修了者がいる  　□スクリーニング検査（長谷川式、ＭＭＳＥ、ＯＬＤ）  　画像検査（□ＣＴ　□ＭＲＩ　□ＰＥＴ　□ＳＰＥＣＴ）  　連携先（□専門医療機関　□地域包括支援センター　□地域ケア会議への出席） |

Ⅵ．介護保険関連

【ダウンロード版】

|  |
| --- |
| ・在宅療養支援・介護保険サービスに関してのケアマネジャーなどからの相談についての対応について  （該当する番号に○をつけてください）  １．対応できる  ２．対応できない |
| ・上記で「対応できる」を選択した場合、その方法は？（該当するものに☑してください）  　□面会　　□電話　　□ＦＡＸ  　□メール（基本情報と異なる場合は、記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・電話の場合、連絡可能な時間帯について  　□随時可能　□診療時間内であれば随時可能　□指定あり（指定時間は　　時から　　時を希望） |

　※以下の設問は、今後の参考のためにお聞きします。

|  |
| --- |
| ・介護サービス担当者ケア会議や退院調整会議への参加について（該当する番号に○をつけてください）  　１．時間的余裕がなく困難である  　２．時間調整ができれば参加する  　３．医療機関として代理も含めてできる限り参加したい |
| ・主治医意見書作成にあたり、ケアマネジャーからの在宅生活や利用サービスに関する情報入手について教えてください（該当する番号に○をつけてください）  　１．ほとんどなく家族や本人から聞き取り作成している  　２．不十分であるが情報はある  　３．依頼時に充分な情報提供があり作成しやすい |
| ・主治医意見書作成などにあたりケアマネジャーから欲しい情報はありますか？あれば具体的に記載してください。 |

Ⅶ．入院医療について（※有床診療所・病院のみご回答ください）

|  |  |
| --- | --- |
| ・病床数 | 一般病床（　　床）　　療養病床（医療型　　　床、介護型　　　床） |
| ・受入可能な患者（治療）について  　□感染症　□寝たきり状態　　□褥瘡  　□酸素療法　□人工呼吸（陽圧）　□救急蘇生　□摂食障害　□胃瘻　□経管栄養　□中心静脈栄養  　□緩和ケア　□抗がん剤治療　□看取り  　脳血管障害（□急性期　□亜急性期　□慢性期）  　リハビリ（□脳血管疾患　□心大血管疾患　□運動器疾患　□呼吸器疾患　□言語障害　□嚥下障害）  　認知症（□軽度　□重度）　※日常生活自立度判定基準Ⅰ～Ⅲが軽度、ⅣとＭを重度とします。 | |

※ご協力ありがとうございました。