

医療機能情報アンケート

平成 年 月 日

医療機関名	
連絡手段	TEL : FAX : メール (複数可)
	※連絡に都合のよい曜日・時間等ありましたらご記入下さると助かります。

受け入れ可能な患者様の各状況 (受入可○、受入否×、応相談△)

通院	受入可否	処置	受入可否	在宅ケア	受入可否
喘息・COPD吸入療法		縫合・抜糸		往診	
薬剤名 ()		包交		訪問診療	
ネブライザー		褥瘡処置		麻薬処置を含むターミナルケア	
在宅酸素&CPAP		熱傷処置		看取り	
契約業者名 ()		点滴・補液		認知症患者の受入れ	
インスリン治療		輸血		インスリン管理	
薬剤名 ()		穿刺(腹水・胸水)		入院不要な肺炎治療・管理	
SMBG機器 ()		ストマ管理		気管カニューレ交換	
インスリンポンプ管理 ()				人工呼吸器管理	
インターフェロン治療				経管栄養(経鼻・胃瘻)	
自己導尿管理				ポート・CV管理	
抗がん剤処方				IVH管理	
ワーファリンコントロール				導尿バルンカテーテル	
麻薬による緩和療法				吸引指導	
外来リハビリテーション	有・無	P T	名	O T	名 S T 名

その他 併施設等

ご記入できる範囲で構いません。御協力をお願いします。