

記入例

※ 配布資料は、白黒印刷です。

《病院》

○:対応可能 △:準備中 ×:対応不可

基本情報	名称	〇〇会〇〇〇病院					所在地	〇〇市〇〇999-99										
	代表	Tel	043-xxx-xxxx			Fax	043-xxx-xxxx											
	連携担当部署	地域医療連携部					直通	Tel	043-xxx-xxxx			Fax	043-xxx-xxxx					
病院機能	病床数	高	0	床	急	50	床	回	100	床	慢	50	床	計	200	床	地域包括ケア病床	○
	専門診療	脳神経外科、神経内科										往診	×	訪看	○	居宅	×	
1	病院の特徴等	CT、MRIの診断機器による脳卒中の急性期や慢性期、リハビリテーションを行っています。経験豊富な看護師による訪問看護も実施しています。																
		2013年6月に新病棟が竣工しました。これまで以上により良い療養環境を提供できるようになりましたので、脳卒中患者さんの転帰先として、ぜひ御検討ください。																



新病棟

高:高度急性期 急:急性期 回:回復期 慢:慢性期

《医科診療所》

○:対応可能(該当) ×:対応不可(非該当)

基本情報	名称	▽▽会 △クリニック					所在地	〇〇市〇〇999-99								
	Tel	043-xxx-xxxx			Fax	043-xxx-xxxx										
2	診療機能	在宅医療の提供状況	がん	○	非がん	○	小児	×	かかりつけのみ	○	24時間対応	×	看取	○		
		嚥下指導	×	身体リハビリテーション	×											
3	診療所の特徴等	腎疾患・泌尿器科疾患の治療を主体に全身管理を心掛けています。在宅での腹膜透析の管理、終末期医療に関しても積極的に取り組んでいます。														
		院長:▽▽▽▽ スタッフ一同、患者さんに質の高い療養環境を提供しています!														



《歯科》

○:対応可能 ×:対応不可

基本情報	名称	□□歯科医院					所在地	〇〇市〇〇999-99						
	Tel	043-xxx-xxxx			Fax	043-xxx-xxxx								
3	診療所の特徴等	在宅医療の提供状況	成人	○	障害者	○	障害児	○	嚥下指導	○	口腔ケア	○	HIV	○
		嚥下指導も幅広く行っています。歯科衛生士による訪問口腔ケア相談にも応じています。小児、矯正対応可です。なお、嚥下内視鏡による検査は□□□□への依頼となります。												
		【診療日】												
		月曜日～金曜日	9:00～12:00、14:00～20:00											
		水曜日	9:00～14:00											
		土曜日	14:00～21:00											
		日曜日・祝日	休診											



《訪問看護ステーション》

○:対応可能 ×:対応不可

基本情報	名称	◎◎訪問看護ステーション				所在地	〇〇市〇〇999-99		
						Tel	043-xxx-xxxx	Fax	043-xxx-xxxx
機能	在宅患者への対応	がん	<input type="radio"/>	非がん	<input type="radio"/>	小児	<input type="radio"/>	精神	<input type="radio"/>
						24時間対応	<input type="radio"/>	看取	<input type="radio"/>
4	事業所の特徴等	<p>乳児から神経難病、がんターミナルの患者さんまで、自宅での療養を希望されるすべての皆様が住み慣れた地域で暮らし続けられるようサポートしております。</p> <p>がん等の在宅緩和ケア・人工呼吸器装着者等、医療依存度の高い方にも24時間、誠実に対応しております。</p> <p>「相談だけしてみたい。」「ちょっと聞いてみたい。」等、少しでも気になることがありましたらお気軽にお尋ねください。</p>							

《薬局》

○:対応可能 △:準備中 ×:対応不可

基本情報	名称	△△薬局				所在地	〇〇市〇〇999-99		
						Tel	043-xxx-xxxx	Fax	043-xxx-xxxx
		電子お薬手帳への対応状況 <input type="radio"/>							
5	薬局の特徴等	<p>地域のかかりつけ薬局として、薬の重複投薬やのみ合わせの相談を受け付けています。</p> <p>また、電子お薬手帳への対応をしている他、スマートフォンから事前に調剤受付ができるシステムを導入しています。</p>							



《その他の事業所等(介護支援事業所等)》

基本情報	名称	△△介護センター				事業等種別	居宅介護支援		
						所在地	〇〇市〇〇999-99		
						Tel	043-xxx-xxxx	Fax	043-xxx-xxxx
6	事業所の特徴等	<p>有資格者を多数揃え、質の高い介護サービスを提供させていただいております。</p>							

