

病院・診療所

見本

医療機関名	〇〇〇〇〇病院				院長名	〇〇 〇〇			
					連携窓口担当者	〇〇 〇〇	(職種) MSW		
所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇△△111-111				TEL	000-000-0000		メール	〇〇〇〇@〇〇〇〇
					FAX	000-000-00XX		アドレス	
診療科	内科、外科、整形外科、小児科				ホームページアドレス	http://〇〇〇〇/〇〇〇/〇〇〇〇			
診療日	月～土曜日				診察時間	平日 9:00～12:00、14:00～16:30 土曜 9:00～12:00			
訪問診療可能な曜日・時間	要相談				訪問可能な地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市			
在宅医療の取り組み	在宅療養支援診療所(病院)の届出	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
	訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない					
	主治医意見書の記載	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない					
	訪問看護指示書	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない					
	各職種への診療情報提供書	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない					
	かかりつけ患者の臨時往診	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない					
	在宅緩和ケア	<input type="checkbox"/> 対応している		<input checked="" type="checkbox"/> していない					
	地域包括ケア病棟(※病院のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (10)床		<input type="checkbox"/> なし					
連携の取組	入退院支援ルールを活用	<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					
	ICT連携ツール(MCS)などの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		ツール名(MCS、ラインワークス、バイタルリンク) <input type="checkbox"/> していない					
担当者会議への医師の参加	主治医の都合の時間で医療機関で開催の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 30分以内なら可能		<input type="checkbox"/> 15分以内なら可能		<input type="checkbox"/> 困難			
	訪問診療に合わせて開催の場合	<input type="checkbox"/> 30分以内なら可能		<input checked="" type="checkbox"/> 15分以内なら可能		<input type="checkbox"/> 困難			
医師との面談方法 優先順位 (対応不可は×)	直接面談	往診同席	外来同席	電話連絡	FAX連絡	メール連絡	その他		
	〇	〇	〇	〇	×	×			
主治医が面談等の対応が可能な時間帯	月	火	水	木	金	土			
	随時、お問合せください。						×		
連携窓口担当者に電話がつながりやすい時間帯	月	火	水	木	金	土			
	9時～17時(土曜日はAMのみ)								
他職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)									

歯科医院

見本

名称	〇〇〇歯科医院				院長名	〇〇 〇〇		
					連携窓口担当者	〇〇 〇〇	(職種) 事務	
所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇△△1-1				TEL FAX	000-000-0000 000-000-00XX	メール アドレス	〇〇〇〇@ 〇〇〇〇
診療日	月、火、木、金、土、日				ホームページアドレス	http://〇〇〇〇/〇〇〇/〇〇〇〇		
診療時間	平日 9:00~12:00、14:00~16:30 土曜 9:00~12:00				診療所バリアフリー	多少の段差はあるが車イス可能。		
連携の取組	入退院支援ルールを活用			<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
	ICT連携ツール(MCS)などの対応			<input checked="" type="checkbox"/> 対応している	ツール名(MCS)	<input checked="" type="checkbox"/> していない		
訪問診療の可否	可 ⇒訪問可能な場合は、★印部分のご回答をお願いします。							
★訪問診療日・時間	月火水金11:30~13:00				★訪問可能な地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市		
★訪問歯科 診療内容	担当者会議参加	むし歯診療	義歯調整	抜歯	摂食嚥下訓練	歯周炎治療	訪問歯科衛生士指導	
	○	○	○	要相談	○	○	×	
事業所特色	最先端治療、予防重視、丁寧な説明を心がけています。 摂食嚥下の相談や訓練に力を入れています。インプラント治療対応可能。女性スタッフが多くなります。							
他職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)	緊急対応なども対応できる場合もありますので、ご相談ください。							

保険調剤薬局

見本

事業所名	〇〇〇〇薬局			代表名	〇〇 〇〇		
				連携窓口担当者	〇〇 〇〇		
所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇△△111-111			TEL	000-000-0000	FAX	000-000-0000
営業日	月曜～土曜			メールアドレス@.....		
休業日の対応	<input type="checkbox"/> あり	(	携帯電話で対応)	<input type="checkbox"/> なし	営業時間	月、火、水、金 9:00～18:00 木、土 9:00～13:00
夜間の対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(	携帯電話で対応)	<input type="checkbox"/> なし	訪問可能な地域	〇〇市
訪問指導の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない				
居宅療養管理指導の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> していない				
在宅医療経験薬剤師数	〇		人	そのうち、かかりつけ薬剤師の要件を満たす薬剤師数	〇		人
訪問指導の対応できる時間	営業時間内						
配 達	〇〇市、〇〇市、〇〇市の△△駅周辺まで						
ICT連携ツール(MCSなど)の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している		ツール名(	MCS)	<input type="checkbox"/> していない	
担当者会議参加	〇	輸液ルート カテーテルの供給	〇	錠剤の粉碎	〇	麻薬の取り扱い	×
残薬調整	〇	服薬カレンダー設置等の対応	〇				
事業所特色	患者様が服薬しやすいように色分けや日付を分包紙に印字するなどのサービスを行っております。						
他職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)							