

医療的ケア児かかりつけ医等登録シート（内科・小児科）

別紙1

基本情報	医療機関名							TEL		
	住所							FAX		
								E-Mail		
								希望する連絡手段	<input type="checkbox"/> TEL	<input type="checkbox"/> FAX
(ふりがな) 院長・ 担当医師名							(ふりがな) 連絡窓口担当者・役 職 (医師の代理)			
主な診療科 (※主たるもの から順に並べる)	1			2			3			4
診療曜日 時間帯	月	火	水	木	金	土	日	診療時間		
	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	<input type="checkbox"/> 午前 ・	午前： 午後：		
	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後			
予約の要否	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 完全予約制 <input type="checkbox"/> その他 ()									
駐車場の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		車椅子・バギーの 可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		ストレッチャーの 可否		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

医療的ケア児の在宅医療に関する際の条件

※ 該当する項目に☑してください。

訪問診療	<input type="checkbox"/> 対応可能		<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）		<input type="checkbox"/> 対応不可					
かかりつけ 患者の 臨時往診	<input type="checkbox"/> 対応可能		<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）		<input type="checkbox"/> 対応不可					
診療所に受診 した場合の 対応	<input type="checkbox"/> 対応可能		<input type="checkbox"/> 場合によっては可能（要相談）		<input type="checkbox"/> 対応不可					
患者・家族 からの 連絡について	<input type="checkbox"/> 時間帯を限定せず、終日患者家族 からの連絡に応じる		<input type="checkbox"/> 曜日・時間帯限定であれば、 患者・家族からの連絡に応じる		<input type="checkbox"/> 患者の状態に応じ、事前の申し合 わせで適宜連絡に応じる					
退院時前カン ファレンス、 サービス担当者 会議等への医師 の参加	主治医の都合の時間で入院医療機関で開催の場合		訪問診療に合わせて開催の場合		FAX等での指示					
	30分・60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難		30分・60分以内なら <input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 可能 / <input type="checkbox"/> 困難					
対応可能な 年齢	<input type="checkbox"/> 新生児	<input type="checkbox"/> 小学生	対応可能な時間 (電話対応を含む)	<input type="checkbox"/> 24時間		<input type="checkbox"/> その他、条件等				
	<input type="checkbox"/> 乳児	<input type="checkbox"/> 中学生		<input type="checkbox"/> 診療時間内のみ		[]				
対応可能な 医療内容	<input type="checkbox"/> 幼児	<input type="checkbox"/> 高校生以上								
	<input type="checkbox"/> 予防接種 (<input type="checkbox"/> シナジス)	<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 発達相談	<input type="checkbox"/> 特になし						
	<input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 一般的な診療	<input type="checkbox"/> 在宅医療の経験を有する医師の指導							
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 病院との連携							
	<input type="checkbox"/> 気管切開		(<input type="checkbox"/> 時間外対応 <input type="checkbox"/> 緊急時対応)							
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法		<input type="checkbox"/> 他の診療所との連携 (<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 訪問診療)							
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> その他 ()							
	<input type="checkbox"/> 胃管（経鼻・経口） □胃瘻 □腸瘻		<input type="checkbox"/> 特になし							
	<input type="checkbox"/> その他、条件等 ()		<input type="checkbox"/> 入院中の情報（病気の経過、保護者の思い等）							
その他 条件等	<input type="checkbox"/> 医療的ケアに対する指導内容									
	<input type="checkbox"/> 使用物品									
	<input type="checkbox"/> その他 ()									

※登録していただいた内容を「医療的ケア児かかりつけ医協力医療機関一覧」に掲載し福山市ホームページ上で公開します。

← 公開を希望されない場合は、こちらに☑してください。

【研修参加への意向】

医療的ケア児かかりつけ医登録制度をすすめていくにあたり、医療的ケア児在宅医療に関する研修を計画しています。研修への参加の有無をお聞かせください。また、学びたい内容があればご記入ください。

研修への参加意向	<input type="checkbox"/> 参加したい	<input type="checkbox"/> 内容によっては参加したい	<input type="checkbox"/> 参加したくない（参加する必要がない）
学びたい内容があればご記入ください。	<input type="checkbox"/> 乳幼児予防接種 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他（自由記載）		