

送付先：名古屋市医師会 地域包括ケア推進課

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム  
医療機関登録内容変更届 兼 完了通知書

平成 年 月 日

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム利用医療機関としての登録内容に変更がございますので、登録内容の変更を申請します。

医療機関名	
医療機関所在地	〒
連絡先	電話番号：( ) - /FAX番号：( ) -
<input type="checkbox"/> 診療科目	
<input type="checkbox"/> 往診1 (往診対応時間)	<input type="checkbox"/> 終日の対応可能 <input type="checkbox"/> 終日の対応不可 (対応可能時間： )
<input type="checkbox"/> 往診2 (施設への往診)	<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可
<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可
<input type="checkbox"/> 他院との連携	<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所の届出	1. 単独型 ・ 2. 連携型 ・ 3. 従来型
	連携医療機関名 ※連携型の場合、下記もご記入ください。(任意)
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携	あり ・ なし ・ 検討中
	連携訪問看護ステーション名 ※「あり」の場合、ご記入ください。(任意)
<input type="checkbox"/> ケアマネジャーとの連携	あり ・ なし ・ 検討中
	連携居宅介護支援事業所名 ※「あり」の場合、ご記入ください。(任意)
<input type="checkbox"/> 情報提供の可否	可 ・ 否
	※「可」の場合、各区の在宅医療・介護支援センターにて、本書内容を情報提供いたします。
<input type="checkbox"/> ホームページ掲載の可否	可 ・ 否
	※「可」の場合、本会が運営するホームページに本書内容を公開いたします。

※裏面もご記入ください。

※事務局記入欄

平成 年 月 日

本書の内容にて変更が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印

# 様式1-1、1-2(裏面)

## ■その他詳細項目

対応可能な項目に☐をしてください。

<input type="checkbox"/>	点滴の管理	<input type="checkbox"/>	レスピレーター（人工呼吸器）
<input type="checkbox"/>	口腔吸引	<input type="checkbox"/>	モニター測定（血圧・心拍等）
<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養（IVH）	<input type="checkbox"/>	硬膜外ブロック管理
<input type="checkbox"/>	酸素療法	<input type="checkbox"/>	麻薬持続皮下注射
<input type="checkbox"/>	経管栄養（胃瘻・経鼻）	<input type="checkbox"/>	難聴の指導管理
<input type="checkbox"/>	疼痛の管理	<input type="checkbox"/>	透析機器のメンテナンス
<input type="checkbox"/>	褥瘡の管理	<input type="checkbox"/>	インスリン自己注射
<input type="checkbox"/>	人工肛門（消化管ストーマ）の管理	<input type="checkbox"/>	血糖測定器の管理指導
<input type="checkbox"/>	尿カテーテル（留置カテーテル）	<input type="checkbox"/>	麻薬による疼痛管理（緩和ケア）
<input type="checkbox"/>	気管切開部の処置（ミトラック・トラヘルパー）	<input type="checkbox"/>	胃瘻の管理
<input type="checkbox"/>	腹膜透析（PD：APD、CAPD）	<input type="checkbox"/>	糸状菌検査
<input type="checkbox"/>	血液透析（HD）	<input type="checkbox"/>	MRSA
<input type="checkbox"/>	人工膀胱（尿路ストーマ）の管理	<input type="checkbox"/>	ターミナルケア
<b>介護サービスについて</b>		<b>その他</b>	
<input type="checkbox"/>	主治医意見書の作成	<input type="checkbox"/>	認知症の方や家族への支援
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議への参加	<input type="checkbox"/>	認知症サポート医養成研修修了
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーションの提供	<input type="checkbox"/>	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導の実施		
<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導の実施		

## ■アンケートにご協力ください。

今後、利用者負担にて、当直代行医を設置するシステムを構築した場合、ご利用されますか？

利用したい 利用しない 検討する

ご意見等ございましたら、お聞かせください。