

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
後方支援病院等登録内容変更届 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・介護支援システムにおける後方支援病院等として、登録を申請します。

<input type="checkbox"/>	登録機能	<input type="checkbox"/> 急変時対応
		<input type="checkbox"/> アセスメント対応※1
		<input type="checkbox"/> 両方

⇒⇒⇒⇒

<input type="checkbox"/>	オプションアセスメント(対応可能な項目に☑してください)※2	
	<input type="checkbox"/>	運動機能アセスメント
	<input type="checkbox"/>	栄養状態アセスメント
	<input type="checkbox"/>	摂食・嚥下・口腔ケアアセスメント
	<input type="checkbox"/>	褥瘡アセスメント
<input type="checkbox"/>	認知症(物忘れ)アセスメント	

※1 別添「在宅アセスメントシステム実施項目」における基本セットの実施が条件となります。

※2 別添「在宅アセスメント実施項目」における検査項目欄の検査項目を実施してください。(実施内容は各病院等の判断に委ねます)

医療機関名					
医療機関所在地		〒			
連絡先(代表)		電話番号: () - / FAX番号: () -			
<input type="checkbox"/>	担当窓口(部署)/担当者	/			
<input type="checkbox"/>	連絡先(担当窓口)	電話番号: () - / FAX番号: () -			
<input type="checkbox"/>	病床数	一般	床	地域包括ケア	床
		療養型(医療保険)	床	療養型(介護保険)	床
		回復期リハ	床	緩和ケア	床
				総病床数	床
<input type="checkbox"/>	在宅療養支援病院の届出	あり	・	なし	
<input type="checkbox"/>	DPC制度の採用	あり	・	なし	
<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。			
<input type="checkbox"/>	その他				

※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