

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
介護サービスについて		その他	
<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。