

送付先：名古屋市医師会 在宅医療・介護連携室

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申請書 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。

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

⇒⇒⇒⇒

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：（ ） -
担当窓口(部署)/担当者	/		
連絡先（担当窓口）	電話番号：（ ）	-	/FAX番号：（ ） -
病床数	一般	床	地域包括ケア
	療養型（医療保険）	床	療養型（介護保険）
	回復期リハ	床	緩和ケア
			総病床数
在宅療養支援病院の届出	あり	・	なし
D P C 制度の採用	あり	・	なし
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。			
その他			

※事務局記入欄

平成 年 月 日

本書の内容にて登録が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印