

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"/> | D P C 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 |
| |