

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|------|----------|--------------------|-------------------------------|------|
| 医療機関情報 1 (HP公開情報) | <input type="checkbox"/> 医療機関名 | | | 医師会 | 班 | |
| | <input type="checkbox"/> 所在地 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 代表者 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所(病院)の届け出 | 有 | 無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 主標榜科(専門科目) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> TEL | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> FAX | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Mail | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ホームページ:URL | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 連絡対応者 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 役職 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 往診の可否 | 可 | 否 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 往診可能範囲 | 市内全域 | 医師会()班内 | その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 在宅診療の可否 | 可 | 否 | | | |
| <input type="checkbox"/> 入院施設の有無 | 有 | 無 | | | | |
| 医療機関情報 2 (HP公開予定情報) | <input type="checkbox"/> 24時間診療可能(連携可) | 可 | 否 | 情報 2 | <input type="checkbox"/> 薬剤処方 | |
| | <input type="checkbox"/> 連携医療機関 | 有 | 無 | | 希望 | 院内のみ |
| | <input type="checkbox"/> 在宅看取り可能 | 可 | 否 | | 有床医療機関のみ | 院外のみ |
| | | | | | 院内・院外両方 | |
| | <input type="checkbox"/> 後方支援病院としての登録の承諾 | 可 | 否 | 医療機関情報 3 (HP非公開情報) | その他 | |
| | <input type="checkbox"/> 緊急時 24時間受入れ | 可 | 否 | | 生活保護法指定医療機関 | |
| | <input type="checkbox"/> 対応疾患 (以下該当するものに○をして下さい。) | | | | | |
| | 在宅患者全般 | | | | | |
| | がん患者(落ち着いた状態) | | | | | |
| | がん患者(末期) | | | | | |
| | 難病疾患 | | | | | |
| | 認知症 | | | | | |
| | 重症心身障害者(児) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 対応処置 | | | | | |
| | 在宅酸素療法 | | | | | |
| | 人工呼吸器 | | | | | |
| | 中心静脈栄養 | | | | | |
| | 輸液ポンプ | | | | | |
| | 経管栄養 | | | | | |
| | 胃瘻 | | | | | |
| | 腎瘻・尿管皮膚瘻 | | | | | |
| | 尿管バルーンカテーテル | | | | | |
| | 気管カニューレ | | | | | |
| | 麻薬処方 | | | | | |
| | | | | ご意見・ご要望 | | |
| | | | | がん治療連携届け出の有無 | | |
| | | | | 肺がん | | |
| | | | | 胃がん | | |
| | | | | 大腸がん | | |
| | | | | 乳がん | | |
| | | | | 肝がん | | |
| | | | | 研究会受講の有無 | | |
| | | | | 認知症対応力向上研修 | | |
| | | | | がん緩和ケア研修 | | |
| | | | | 在宅医療連携メーリングリストへの登録 | 済 未 | |
| | | | | 登録希望メールアドレス | | |