

山梨大学医学部附属病院 地域連携アンケート

かかりつけ医として患者様をご紹介させていただく時の参考とさせていただきます。ご記入の程よろしくお祈いします。

医療機関名

| 病床数 (<input type="checkbox"/> 病床あり <input type="checkbox"/> 病床なし) | | | | |
|---|-------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 一般(床) | 精神(床) | 透析(床) | 緩和ケア(床) | 回復期リハ(床) |
| 医療療養(床) | 介護療養(床) | 地域包括(床) | その他(病棟 床) | |

| 検査項目(設備あり○、設備なし×) | | | | | | | | | |
|-------------------|------|-------|-------|------|----|-----|---------|---------|-------|
| レントゲン | 胃内視鏡 | 大腸内視鏡 | 腹部エコー | 心エコー | CT | MRI | 12誘導心電図 | ホルター心電図 | 下肢静脈瘤 |
| | | | | | | | | | |

| 受け入れ可能な患者様の各状況(当該するものに○をしてください) | | | |
|---------------------------------|------------------------|------------------|-------------|
| ・点滴 | 補液・抗生剤 その他・不可 | ・在宅中心静脈栄養法指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・褥瘡処置 | 可 ・ 不可 | IVH管理 | ポート・CV 不可 |
| ・認知症患者受け入れ | 可 ・ 不可 | ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・膀胱留置カテーテル交換 | 可 ・ 不可 | 経管栄養 | 経鼻・胃瘻 腸瘻・不可 |
| ・胃ろうカテーテル交換 | 可 ・ 不可 | ・在宅酸素療法指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・胆管ドレナージ管理 | 可 ・ 不可 | 在宅酸素療法 | 可 ・ 不可 |
| ・穿刺 | 腹水・胸水・不可 | ・在宅人工呼吸指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・ストーマ管理 | 可 ・ 不可 | 人工呼吸器管理 | 可 ・ 不可 |
| ・輸血 | 可 ・ 不可 | ・在宅自己導尿指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・血液透析管理 | 可 ・ 不可 | 自己導尿管理 | 可 ・ 不可 |
| ・腹膜透析管理 | 可 ・ 不可 | ・在宅自己注射指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・がん術後定期検診 | 可 ・ 不可 | インスリン管理 | 可 ・ 不可 |
| ・化学療法 | 内服・点滴・不可 | ・在宅気管切開患者指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・緩和ケア | 可 ・ 不可 | 気管カニューレ交換 | 可 ・ 不可 |
| ・麻薬管理 | 内服・貼付・皮下 PCA・その他・不可 | ・在宅寝たきり患者処置指導管理 | 可 ・ 不可 |
| ・リンパマッサージ | 可 ・ 不可 | ・訪問看護 | 可 ・ 不可 |
| ・通院リハビリ | PT・OT・ST・不可 | ・訪問診療 | 可 ・ 不可 |
| ・訪問リハビリ | PT・OT・ST・不可 | ・往診 | 可 ・ 不可 |
| | | ・在宅看取り | 可 ・ 不可 |

* 各在宅～指導管理とは、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料、酸素、注射器、カテーテル等の提供が可能な医療機関を指します。

| その他(貴院独自の検査・施設等) |
|------------------|
| |