

返答先 浜名医師会 (FAX053-576-5540)  
在宅医療対応医療機関情報アンケート調査のお願い

1枚目

☐在宅医療を行っていない

湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の在宅医療対応機関にお聞きいたします  
ご多忙中とは存じますが、下記のアンケートにご回答頂き浜名医師会事務局  
に12月10日までにご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。

<<在宅医療 対応医療機関 データベース アンケート>>

※このアンケートを湖西市作成の冊子に掲載してもよいですか？

☐可 ☐否

※医療機関名

専門とする科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 ( )
対応できる領域・疾患	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん性疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 <input type="checkbox"/> 精神科的疾患 <input type="checkbox"/> 神経難病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 小児在宅 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
対応のできる地域	
診療所区分	<input type="checkbox"/> 機能強化型 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援 <input type="checkbox"/> 通常の診療所

※在宅医療への対応

各項目について 自己評価で結構ですのでチェックをお願いします。

看取り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
麻薬管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
疼痛管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
末梢点滴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
皮下点滴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
中心静脈栄養(IVH)管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
CVポート管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
輸血管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
経鼻経管栄養管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
胃瘻栄養管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
在宅酸素	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
気管切開部管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
人工呼吸器管理(NIPPV等含)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
人工肛門管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
人工膀胱管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
尿道バルーン管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
透析管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
褥瘡対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可

その他 コメント ※貴院のアピールポイントや、貴院で対応している介護関連事業について  
でもご記入ください

返答先 浜名医師会 (FAX053-576-5540)

医院名

湖西市独自追加項目

2枚目

訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
往診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
時間外対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
上記項目 可の場合の連絡先	(
輸液ポンプ管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
導尿処置	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
インスリン管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
抗がん剤治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*退院時カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*地域ケア会議への参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*サービス担当者会議への参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
上記*会議等不参加時の情報提供書提出	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
車いすでの受診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
多職種関係者訪問の際 よい時間帯	(
多職種連絡時の希望方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> シズケア <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 他(
上記項目にて、電話の場合のよい時間帯	(

問い合わせ窓口者 不明な点等確認させていただきます。

## ☆実績調査☆

前年度 訪問診療実績	実件数	件
	延べ訪問回数	回
前年度 看取り実績(施設看取り除く)		件
非公開事項医師会調査		
全年度 死亡診断書作成数		件
前年度 警察協力医検死数		件

## その他 コメント

※条件付き可の場合の内容等もご記入いただけるとありがたいです。

★不明な点等問い合わせ先 湖西市長寿介護課 在宅医療・介護連携推進事業担当 琴岡 TEL 053-576-1212

※このアンケートは医師会及び在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中ありがとうございました。

在宅医療対応情報アンケート調査のお願い

1 枚目

湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の歯科医院にお聞きいたします。  
ご多忙中とは存じますが、下記のアンケートにご回答頂き尾崎歯科医院上記FAXにて  
**12月10日**までにご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。

<<在宅医療 データベース アンケート>>

※このアンケートを湖西市作成の冊子に掲載してもよいですか？

☐可 ☐否

※歯科医院名

※在宅医療への対応

各項目について チェックをお願いします。

訪問診療の実施(義歯・作成調整含)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
上記訪問診療可の場合 訪問できる地域	( )
認知症患者への治療(訪問診療)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
認知症患者への治療 (外来)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
車いすでの受診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
歯科衛生士による訪問口腔ケア指導	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*退院時カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*地域ケア会議への参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
*サービス担当者会議への参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
上記*会議等不参加時の情報提供書提出	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
多職種関係者訪問の際 よい時間帯	( )
多職種連絡時の希望方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> シズケア <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 他( )
上記項目にて、電話の場合のよい時間帯	( )

問い合わせ窓口者 不明な点等確認させていただきます。

☆実績調査

前年度 訪問歯科診療実績	実件数	件
	延べ訪問回数	回

その他 コメント

※条件付き可の場合の内容等もご記入いただけるとありがたいです。  
※貴院のアピールポイントや貴院で対応している介護関連事業についてもご自由にご記入ください

★不明な点等問い合わせ先 湖西市長寿介護課 在宅医療・介護連携推進事業担当 琴岡 TEL 053-576-1212

※このアンケートは在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中ありがとうございました。

# 在宅医療対応情報アンケート調査のお願い

1 枚目

湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の薬局にお聞きいたします。  
ご多忙中とは存じますが、下記のアンケートにご回答頂き薬剤師会代表古見薬局FAX又メールにて**12月10日**までにご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。

<<在宅医療 データベース アンケート>>

※このアンケートを湖西市作成の冊子に掲載してもよいですか？

☐可 ☐否

※薬局名

※在宅医療への対応

各項目について チェックをお願いします。

訪問指導の応需	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(状況に応じ可) <input type="checkbox"/> 不可
訪問指導の実績(過去2年)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
訪問指導の経験がある薬剤師数	( )名
退院時カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(状況に応じ可) <input type="checkbox"/> 不可
一包化薬に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
麻薬に係る調剤の実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
無菌製剤処理に係る調剤の実施(注射液の調整)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
輸液又は経管栄養剤への対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
輸液ルート、カテーテルの供給	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
医療機器の取り扱い	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
在宅患者訪問薬剤管理指導(医療保険)の届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
居宅療養管理指導(介護保険)の指定 (取り下げしていない場合は 有)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
麻薬小売業者の許可	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
在宅訪問を行っているか(配達・管理指導・セット・確認等 含) ※在宅訪問とは 裏面参考	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⇒前質問に「有」の場合 在宅訪問可能な時間帯	
サービス担当者会議・地域ケア会議等への参加	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
薬剤相談の実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 不可
長期間の処方薬預かり(数か月分の所掌をされ たときの管理)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(条件付き) <input type="checkbox"/> 不可
訪問対応できる地域	
訪問対応できる場合の料金と 地域ごとの料金	料金( ) 地域ごとの料金:



認定薬剤師の有無と種類 ☐有(種類: ) ☐無

多職種連絡時の希望方法 ☐電話 ☐シズケア ☐FAX  
☐メール ☐他( )

上記方法が電話の場合、都合のよい時間帯( )

問い合わせ窓口者  
 ※不明な点等あった場合連絡確認させていただきます。

# ☆実績調査

全年度 訪問薬剤指導実績

実件数	件
延べ訪問回数	回

<薬剤師の在宅訪問(訪問薬剤管理指導)>

薬剤師が患者を訪問(処方薬を配達)して、薬歴管理、服薬指導(薬の飲み方説明、効果や副作用の説明、確認など)、服薬支援(服薬セットなど)薬剤服薬状況及び薬剤保管状況の確認(服薬確認)を行い、当該指示を行った医師に対して必要な情報を文書により提供することである。

<薬局基本情報>

※前年度から変更がある場合のみご記入ください

薬局名			
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
開局日・時間	曜	開局時間	曜
	曜	開局時間	曜
	曜	開局時間	曜
	曜	開局時間	曜
	曜	開局時間	曜
時間外対応	対応可否(該当○印)	可	・ 応相談 ・ 不可
	「可」「応相談」の場合の連絡先		

その他 コメント

※条件付き可の場合の内容等もご記入いただけるとありがたいです。

※貴院のアピールポイントや貴院で対応している介護関連事業についてもご自由にご記入ください

★不明な点等問い合わせ先

古見薬局 塩野 TEL053-574-3130

湖西市長寿介護課 在宅医療・介護連携推進事業担当 琴岡 TEL 053-576-1212

※このアンケートは在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中ありがとうございました。

# 在宅医療対応情報アンケート調査のお願い

1 枚目

湖西市在宅医療・介護連携推進事業として湖西市内の関連施設にお聞きいたします。  
ご多忙中とは存じますが、下記のアンケートにご回答頂き長寿介護課上記FAX又メール  
にて**12月10日**までにご返答ください。何卒よろしくご協力をお願い申し上げます。

<<在宅医療 データベース アンケート>>

※このアンケートを湖西市作成の冊子に掲載してもよいですか？

☐可 ☐否

※施設名

※在宅医療への対応

各項目について チェックをお願いします。

看取り	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
麻薬管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
疼痛管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
末梢点滴	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
皮下点滴	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
中心静脈栄養(IVH)管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
CVポート管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
輸血管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
経鼻経管栄養管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
胃瘻栄養管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
在宅酸素	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
気管切開部管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
人工呼吸器管理(Nippv等管理含)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
人工肛門管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
人工膀胱管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
尿道バルーン管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
透析管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
褥瘡対応	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可

輸液ポンプ管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
導尿処置	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
インスリン注射	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
血糖測定	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
抗がん剤治療管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
MRSA者対応	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
昼間吸痰処置	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
夜間吸痰処置	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
排便処置	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可
浣腸処置	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 可(条件付き)	<input type="checkbox"/> 不可

施設名

2枚目

対応可能な食事形態 主食 ☐ 粥 ☐ パン ☐ ミキサー ☐ ペースト  
☐ 他( )

対応可能な食事形態 副食 ☐ 軟菜 ☐ 1口大 ☐ 刻み ☐ ペースト  
☐ 他( )

対応可能な制限食 ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食  
☐ カロリー制限食 ☐ 減塩食  
☐ 腎臓食 ☐ 他( )

問い合わせ窓口者 不明な点等確認させていただきます。

その他 コメント

※条件付き可の場合の内容等もご記入いただけるとありがたいです。

※貴施設のアピールポイント等自由にご記入ください

★不明な点等問い合わせ先 湖西市長寿介護課 在宅医療・介護連携推進事業担当 琴岡 TEL 053-576-1212

※このアンケートは在宅医療・介護連携推進協議会にて企画し実施しています。

お忙しい中ありがとうございました。