

資源調査票案（診療所）

1. 基本情報：わかる範囲で結構ですので空欄をお埋めください。また、該当する項目にレ点をお入れください。

① 名称、連絡先について

診療所名			
管理者名	ふりがな		
所在地	三鷹市	丁目	建物名
電話番号			
緊急時連絡先			
FAX番号			
URL			
E-mail			

② 診療時間について

診療所の1か月の診療スケジュールを教えてください(外来及び訪問診療)

外来診療時間1 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

外来診療時間2 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

外来診療時間3 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

外来特記事項 ()

訪問診療時間1 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

訪問診療時間2 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

訪問診療時間3 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

訪問特記事項 ()

往診可能時間1 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

往診可能時間2 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

往診可能時間3 ☐ 月 ☐ 火 ☒ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日
午前 時 分～ 時 分 午後 時 分～ 時 分

往診特記事項 ()

往診の条件

③ 併設施設はありますか？

- ☐ 訪問看護ステーション
 ☐ 居宅介護支援事業所
 ☐ 訪問介護事業所
 ☐ 有料老人ホーム
- ☐ 小規模多機能ホーム
 ☐ 高齢者専用賃貸住宅
 ☐ デイケア
 ☐ その他（ ）

④ 電子カルテを使用していますか？どのメーカーを使用していますか？

- ☐ 使用していない
- ☐ 使用している メーカー名（ ）

⑤ 保険の対応について

- 保険対応**
- ☐ 生活保護 ☐ 戦傷病者 ☐ 原爆 ☐ 感染症 ☐ 公害(水俣病) ☐ 難病医療
- ☐ 自立支援(精神医療) ☐ 自立支援(更生医療) ☐ 自立支援(育成医療) ☐ 労災
- ☐ その他 ()

⑥ スタッフについて：訪問または往診に関わる医師

●医師氏名 ふりがな

勤務日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日

診療科目 ☐ 内科 ☐ 神経内科 ☐ 外科 ☐ 小児科 ☐ 精神科 ☐ 心療内科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科
☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 産婦人科 ☐ その他（ ）

補足 ()

●医師氏名 ふりがな

勤務日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日

診療科目 ☐ 内科 ☐ 神経内科 ☐ 外科 ☐ 小児科 ☐ 精神科 ☐ 心療内科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科
☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 産婦人科 ☐ その他（ ）

補足 ()

●医師氏名 ふりがな

勤務日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日

診療科目 ☐ 内科 ☐ 神経内科 ☐ 外科 ☐ 小児科 ☐ 精神科 ☐ 心療内科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科
☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 産婦人科 ☐ その他（ ）

補足 ()

●医師氏名

勤務日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日

診療科目 ☐ 内科 ☐ 神経内科 ☐ 外科 ☐ 小児科 ☐ 精神科 ☐ 心療内科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科
☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 産婦人科 ☐ その他（ ）

補足 ()

2. 訪問診療または往診の体制について：わかる範囲で結構ですので空欄をお埋めください。
また、該当する項目にレ点をお入れください。

① 診療時間外の体制について教えてください

- ☐ オンコール対応していない
- ☐ オンコールのみの医師が対応している
- ☐ 常勤医・非常勤医が輪番で対応している ☐ 院内の特定の医師が対応している
- ☐ 医師以外のスタッフが対応している ☐ 外部のコールセンターが対応している
- ☐ その他 ()

② 訪問時のスタッフの体制

- ☐ 医師のみ ☐ 医師+看護師 ☐ 医師+看護師+専門職

③ 訪問エリアを教えてください

→別紙Aの地図上に赤ペンで大体の訪問エリアを囲んでください。

④ 平成28年12月時点の訪問診療および往診の件数を教えてください 訪問 _____ 件 往診 _____ 件

⑤ 訪問診療を行っている居宅と施設の割合を教えてください 居宅 _____ : 施設 _____

⑥ 在宅で対応可能な診療内容を教えてください

中心静脈栄養	☐	可	☐	条件による	☐	不可	人工肛門	☐	可	☐	条件による	☐	不
末梢点滴	☐	可	☐	条件による	☐	不可	在宅酸素	☐	可	☐	条件による	☐	不
経鼻経管	☐	可	☐	条件による	☐	不可	CPAP	☐	可	☐	条件による	☐	不可
胃瘻	☐	可	☐	条件による	☐	不可	NPPV	☐	可	☐	条件による	☐	不可
腸瘻	☐	可	☐	条件による	☐	不可	気管切開	☐	可	☐	条件による	☐	不可
インスリン	☐	可	☐	条件による	☐	不可	CAPD	☐	可	☐	条件による	☐	不
フォーレ	☐	可	☐	条件による	☐	不可	末期がん	☐	可	☐	条件による	☐	不
胆管ドレーン管理	☐	可	☐	条件による	☐	不可	モルヒネ持続注射	☐	可	☐	条件による	☐	不
導尿	☐	可	☐	条件による	☐	不	医療用麻薬の使用	☐	可	☐	条件による	☐	不
膀胱瘻	☐	可	☐	条件による	☐	不可	抗癌剤点滴	☐	可	☐	条件による	☐	不
腎瘻	☐	可	☐	条件による	☐	不可	小児訪問	☐	可	☐	条件による	☐	不
民間療法	☐	可	☐	条件による	☐	不可	精神訪問	☐	可	☐	条件による	☐	不

(例：丸山ワクチンなど)

⑦ 在宅で対応可能な検査について教えてください

- ☐ 血液・尿・各種培養検査 ☐ 心電図 ☐ 超音波 ☐ レントゲン ☐ その他 ()

⑧ 居宅療養管理指導を算定されていますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

⑨ 機能強化型ですか？単独・複数？複数の場合、どの医療機関と組んでいますか？

複数の場合、どんな連携がなされていますか？

- ☐ 機能強化型ではない
- ☐ 機能強化型である
- ☐ 単独
- ☐ 複数

一連携している医療機関

一どんな連携がなされているのか具体的に教えてください。(複数の場合のみ)

3. 連携について：わかる範囲で空欄をお埋めください。該当する項目にレ点をお入れください。

① 連携窓口

担当者名 _____ 職種 _____

② 患者の紹介元の割合について教えてください。

病院 _____ 地域包括 _____ ケアマネ _____ 患者本人及び家族 _____ その他 _____

③ よく連携している医療機関はありますか？

☐ ない ☐ ある 医療機関名 (_____)

④ よく検査をお願いしている医療機関はありますか？

☐ ない ☐ ある 医療機関名 (_____)

⑤ 他科の診療所との連携はありますか？

☐ ない ☐ ある 診療所名 (_____)

⑥ 連携している訪問看護ステーションはありますか？(複数回答可)

ステーション名 (_____)

⑦ 連携している薬局はありますか？(複数回答可)

薬局名 (_____)

⑧ 病院や他の診療所との連携で困難に感じることは何ですか？

⑨ 在宅医療チーム(包括、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護、薬局など)との連携で困難に感じることは何ですか？

⑩ 訪問診療及び往診を行う上で、困っていること、困難に感じることはありますか？

- ☐ 特にない
- ☐ 緊急時に患者を入院させる病床の確保 ☐ 重症の患者に対する症状の説明
- ☐ 夜間や休日、学会で不在の時の対応 ☐ 在宅だと診察や検査の内容が限られてしまう
- ☐ 在宅医療に対する時間の確保 ☐ 肉体的・精神的な負担 ☐ 専門外の疾患の管理
- ☐ 医師の確保が困難 ☐ 訪問時に駐車する場所の確保が困難 ☐ 移動手段がない
- ☐ その他 (_____)

ありがとうございます。質問は以上となります。

後日改めて訪問調査にお伺い致します。
お忙しいところ大変恐縮ですが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。