

ふりがな	ご回答者様のご署名をお願いいたします		
お名前	お役職		
電話番号	()	FAX 番号	()
電子メールアドレス	@		

《訂正箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

記号のないもの：冊子・ホームページに公開 △：ホームページに公開 ■非公開				
1. (ふりがな)				
2. 貴施設名				
3. 所在地	*ビル名、号室等まで正確にご記入を。			
4. 電話番号			5. FAX 番号	
△ 6. ホームページ URL				
7. 診療科目 対応するすべての診療科目に○を記入してください ※表に記載のない診療科目がある場合は、「その他の診療科目」に記入してください。何か特記事項がある場合は「備考」欄へご記入ください。				
内科	外科	産科	眼科	
呼吸器内科	整形外科	婦人科	耳鼻咽喉科	
消化器内科、内科(消化器)	形成外科	産婦人科	気管食道科	
循環器内科	血管外科	乳腺内科、内科(乳腺)	呼吸器科	
胃腸内科	胃腸外科	乳腺外科	胃腸科	
腎臓内科	大腸外科	精神科	循環器科	
肛門内科、内科(肛門)	肛門外科	老年精神科	消化器科	
老年内科	美容外科	心療内科	泌尿器科	
がん内科、内科(がん)	ペインクリニック・整形外科	心療内科(小児)	肛門科	
糖尿病内科、内科(糖尿病)	小児科	心療内科(女性)	皮膚科	
透析内科	小児外科	老年心療内科	美容皮膚科	
人工透析内科、内科(人工透析)	神経小児科	神経科	理学診療科	
ペインクリニック内科	小児眼科	脳神経内科	リハビリテーション科	
内視鏡内科	小児耳鼻咽喉科	性病科	脳神経外科	
内分泌内科	小児皮膚科	アレルギー科	内視鏡外科	
代謝内科	漢方脳外科	リウマチ科	食道外科	
漢方内科	歯科	救急科	肝臓外科	
漢方小児科	矯正歯科	あん摩マッサージ指圧	胆のう外科	
漢方外科	小児歯科	はり	膵臓外科	
漢方皮膚科	歯科口腔外科、口腔外科歯科	きゅう	消化器外科	
漢方婦人科	小児矯正歯科	柔道整復	心臓血管外科	
漢方耳鼻咽喉科	放射線科	血液内科	内分泌外科	
漢方精神科	放射線診断科	緩和ケア内科	病理診断科	
漢方脳神経内科	麻酔科	血液腫瘍内科		
その他の診療科目		備考		

8. 受付時間【変更する場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】				
受付時間・診療時間に関する注意事項がある場合は「特記事項」にご記入ください。				
月	午前	～	午後	～
火	午前	～	午後	～
水	午前	～	午後	～
木	午前	～	午後	～
金	午前	～	午後	～
土	午前	～	午後	～
日	午前	～	午後	～
祝	午前	～	午後	～
特記事項		例)但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ		
9. 来院者・その他の対応について				
【対応あり・可能：●】【対応なし・不可：-】、対応するものに○を記入してください。				
専用駐車場		専用駐車場台数		台分
近隣コインパーキング		車いすでの移動		
病床の有無		△病床数		床
女性医師の在籍の有無		MCS※の登録		
※MCS（メディカルケアステーション） 医療介護専用 SNS。病院、クリニック、介護施設、薬局など医療関連施設のために、スマートフォンやパソコンをとおして情報の共有、連携を行うサービスです。（平成 29 年度より北区医師会で導入しています。）				
成年後見制度診断書				
10. 障害対応について				
【対応あり：●】【対応なし：-】、対応するものに○を記入してください。				
指定医※の在籍		※身体障害者福祉法第 15 条の規定に基づき、都知事より指定を受けた医師を指します。		
指定医ありの場合の対応可否				
対応するものに○を記入してください。				
視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	肝臓機能障害	
肢体不自由	心臓機能障害	じん臓機能障害	小腸機能障害	
そしゃく機能障害	音声・言語機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害				
11. 難病指定◆（難病指定ができる場合）対応するものにチェックを記入してください。				
<input type="checkbox"/> 新規申請が可能		<input type="checkbox"/> 更新のみ可能		
12. 自立支援◆ 対応するものにチェックを記入してください。				
<input type="checkbox"/> 対応している		<input type="checkbox"/> 対応していない		

13. 専門職員（日本看護協会認定）の在籍人数を常勤換算でご記入ください。

【在籍している職種：●】、対応するものに○を記入してください。◆印は今回新設の項目です。

専門看護師（13分野）	人 ※人数に変更がある場合は欄内にご記入ください			
がん看護	小児看護	急性・重症患者看護	在宅看護	
精神看護	母性看護	感染症看護	遺伝看護	
地域看護	慢性疾患看護	家族支援	災害看護	
老人看護				
認定看護師（21分野）	人 ※人数に変更がある場合は欄内にご記入ください			
救急看護	訪問看護	透析看護	認知症看護	
皮膚・排泄ケア	感染管理	手術看護	脳卒中リハビリテーション看護	
集中ケア	糖尿病看護	乳がん看護	がん放射線療法看護	
緩和ケア	不妊症看護	摂食・嚥下障害看護	慢性呼吸器疾患看護	
がん化学療法看護	新生児集中ケア	小児救急看護	慢性心不全看護	
特定行為認定看護師◆	人	行える特定行為についてご記入ください◆		

14. 専門職員の在籍状況について 【在籍している：●】 【在籍していない：-】

対応するものに○を記入してください。

管理栄養士		作業療法士（OT）	
理学療法士（PT）		言語聴覚士（ST）	
公認心理士または臨床心理士			

■15. 北区の実施する事業の認知度について

【ご存じのもの：●】 修正がある場合は欄内にご記入ください。

介護医療連携シート		顔の見える連携会議	
在宅療養相談窓口		在宅療養協力支援	
多職種連携研修会		病床確保事業	

16. 認知症の対応について

【対応・実施しているもの：●】、対応するものに○を記入してください。

△認知症鑑別診断		△認知症サポート医 の在籍有無	
物忘れ外来の実施			

17. 在宅療養対応について

【実施しているもの：●】、実施しているものに○を記入してください。

いずれも実施していない場合、調査はここまでとなります。

訪問診療を実施している		往診を実施している	
いずれも実施していない		→ご協力ありがとうございます。	

本調査は地域医療の連携を推進するためのものでありますので、ぜひ公開していただくようお願いします。

公開についてご同意いただけない場合は下記 □ にチェックをお願いいたします。

本調査の回答結果について

- 事業者用の冊子公開について同意しません。
- ホームページ（情報検索システム）の公開について同意しません。

訪問診療・往診を実施していない場合、調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

（株）東京法規出版 ICT 事業企画室 FAX 番号 03-5977-0340 e-mail : kaigoweb@tkhs.co.jp

18. 在宅療養対応について 【届出をしている・対応している：●】			
対応するものに○を記入してください。			
在宅療養支援診療所の届出		栄養士による訪問栄養指導	
在宅での急変時の対応		院内訪問看護の実施	
在宅での看取りの対応			
訪問診療の対応	がんの緩和ケア		認知症
	神経難病		小児（医療的ケア児）
アウトリーチ （新規患者の臨時対応）		対応している場合次のあてはまるものにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> ケアマネジャーからの依頼 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターからの依頼 <input type="checkbox"/> その他	
19. 訪問対応可能範囲について			
【対応している：●】、対応するすべてのものに○を記入してください。			
①	浮間地区	浮間 1～5 丁目	
②	赤羽西地区	赤羽北 1～3 丁目、桐ヶ丘 1～2 丁目、赤羽台 1～4 丁目、赤羽西 1～6 丁目、西が丘 1～3 丁目、上十条 5 丁目、十条仲原 3～4 丁目、中十条 4 丁目	
③	赤羽東地区	赤羽 1～3 丁目、岩淵町、志茂 1～5 丁目、赤羽南 1～2 丁目、神谷 2～3 丁目、東十条 5～6 丁目	
④	王子西地区	上十条 1～4 丁目、十条仲原 1～2 丁目、中十条 1～3 丁目、岸町 1～2 丁目、十条台 1～2 丁目、王子本町 1～3 丁目、滝野川 4 丁目	
⑤	王子東地区	東十条 1～4 丁目、神谷 1 丁目、王子 1～6 丁目、豊島 1～8 丁目、堀船 1～4 丁目	
⑥	滝野川西地区	滝野川 1～3 丁目、滝野川 5～7 丁目、西ヶ原 1～4 丁目、上中里 1 丁目、中里 1～3 丁目、田端 1～6 丁目	
⑦	滝野川東地区	栄町、上中里 2～3 丁目、昭和町 1～3 丁目、東田端 1～2 丁目、田端新町 1～3 丁目	
⑧	北区全エリア		
			
⑨	その他	応相談・条件等 診療所近く	※変更がある場合はご記入ください

20. 訪問対応可能な時間帯について【変更する場合は表内に 24 時間表記にてご記入ください】

注意事項がある場合は「応相談」枠内にご記入ください。

月	-	～	-	金	-	～	-
火	-	～	-	土	-	～	-
水	-	～	-	日	-	～	-
木	-	～	-	祝	-	～	-
応相談							

△21. 貴院での医療、介護連携について

ケアマネジャーとの連携（担当者名）、連絡手段についてあてはまるものをご記入ください。

修正がある場合、枠内にご記入ください。

ご担当者名			
前回ご回答の連絡手段			
担当職種◆	◆印は今回新設の項目です。		
電話		FAX	
メール			
同行受診		MCS*との連携	
その他			

※MCS（メディカルケアステーション）

医療介護専用 SNS。病院、クリニック、介護施設、薬局など医療関連施設のために、スマートフォンやパソコンをとおして情報の共有、連携を行うサービスです。（平成 29 年度より北区医師会で導入しています。）

本調査は地域医療の連携を推進するためのものですので、ぜひ公開していただくようお願いします。

公開についてご同意いただけない場合は下記 にチェックをお願いいたします。

本調査の回答結果について

- 事業者用の冊子公開について同意しません。
- ホームページ（情報検索システム）の公開について同意しません。

ご協力ありがとうございました。

（株）東京法規出版 ICT 事業企画室

FAX 番号 03-5977-0340 e-mail : kaigoweb@tkhs.co.jp