

資源集調査票

(回答者名: _____)

資料6

1 医療機関	医療機関名	管理医師名	診療科目
住所	電話	FAX	診療日・時間

診療体制						対応地域					各種指定				処方形態					疾患							
一 般 診 療 時 の 予 約	車 椅 子 対 応	往 診	訪 問 診 療	2 4 時 間 対 応			徒 歩 圏 の み	半 径 2 キ ロ 程 度 ま で	数 キ ロ ま で 可			生 保	結 核	労 災			院 内 処 方 の み	院 外 処 方	院 内 ・ 院 外 併 用			認 知 症	在 宅 で の 看 取 り	神 経 ・ 筋 難 病	小 児		

受け入れ可能な医療機器・処置																
末 梢 点 滴 管 理	中 心 静 脈 の 管 理	血 液 製 剤 の 使 用	胃 ろ う 管 理	経 管 栄 養 管 理	癌 性 疼 痛	麻 薬 処 方	褥 瘡 の 管 理	人 工 肛 門 の 管 理	腹 水 穿 刺	気 管 切 開 部 の 処 置	在 宅 酸 素 療 法	C P A P ・ 鼻 マ ス ク	人 工 呼 吸 器 管 理	尿 道 カ テ ー テル 管 理	導 入 済 自 己 注 射 の 管 理	

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

2 歯科診療所

2 歯科診療所		医療機関名
住所	電話	
FAX	外来診療日・時間	

在宅						来院								
訪問診療				訪問むし歯治療		むし歯治療		障がい者（知的）治療		障がい者（身体）治療		車いす対応		
簡 単 な 歯 科 治 療	義 歯 作 成	抜 歯	口 腔 ケ ア 等			特 別 な ポ ー タ ブル 切 削 機 材 に よ る	む し 歯 治 療			障 が い 者 （ 知 的 ） 治 療	障 が い 者 （ 身 体 ） 治 療	車 い す 対 応		

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

3 薬局

	薬局名	管理薬剤師名
住所	電話	時間外連絡先
FAX	開局日・時間	

届け出等の状況					応需体制の状況等について													
訪問 薬剤 管理 指導	居 宅 療 養 管 理 指 導	2 4 時 間 体 制	麻 薬 小 売 業 の 許 可		訪 問 指 導 応 需 体 制	訪問可能な範囲				麻 薬 調 剤	無 菌 室 又 は ク リ ー ン ベ ン チ 等 の 設 備	経 管 栄 養 剤 等 の 重 量 物 の 対 応	輸 液 ル ー ト 等 の 供 給	衛 生 材 料 の 供 給	車 い す で の 出 入 り	駐 車 場 の 有 無		
						市 内 全 域	周 辺 地 区	薬 局 近 隣										

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

4 訪問看護

	事業所名	管理者名
相談対応者名	住所	電話
FAX	サービス提供地域	サービス提供時間

深夜 / 早朝 対応	2 4 時 間 対 応	緊 急 体 制	医療ケア								リハ職種						
			リ ハ ビ リ	タ ー ミ ナ ル ケ ア	人 工 呼 吸 器	自 費 の 訪 問 看 護	精 神 障 害 者 の 自 立 支 援 訪 問 看 護					P T	O T	S T			

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

5 通所リハビリテーション

5 通所リハビリテーション		事業所名	管理者名
相談対応者名		住所	電話
FAX		サービス提供地域	サービス提供時間

施設形態	定員	延長対応	個別機能訓練	若年性認知症ケア	栄養マネジメント	口腔機能向上	食事対応	食事費用	その他費用	体験利用	体験費用	医療管理																													
												経管栄養	胃ろう	インスリン注射	吸引	在宅酸素	ストーマ	尿管カテーテル	透析	人工呼吸器	末期がん	筋・神経患者	重度認知症																		

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

6 特別養護老人ホーム

事業所名		管理者名		相談対応者名	
住所		電話		FAX	
				協力医療機関	

定員				滞 在 費	食 費 （ / 月 ）	介 護 利 便 サ ー ビ ス 外 の サ ー ビ ス 費 用	食 事 対 応	重 症 化 対 応	個 別 機 能 訓 練	栄 養 管 理 体 制	障 害 者 生 活 支 援 体 制	常 勤 専 従 医 師 配 置	精 神 科 医 師 定 期 的 療 養 指 導	夜 勤 職 員 配 置 加 算	若 年 性 認 知 症 入 所 者 受 入 加 算	サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算	医療管理																														
多 床 室 数	従 来 型 個 室 数	ユ ニ ツ ト 型 個 室 数															経 管 栄 養	胃 ろ う	イ ン ス リ ン 注 射	吸 引	在 宅 酸 素	ス ト ー マ	尿 カ テ テ	透 析	人 工 呼 吸 器	末 期 が ん	筋 ・ 神 経 患 者	重 度 認 知 症																			

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

7 介護老人保健施設

事業所名	管理者名	相談対応者名
住所	電話	FAX
		協力医療機関

定員					滞 在 費	食 費 （ / 月 ）	ス 介 護 保 健 サ ー ビ ス 外 の サ ー ビ ス 費 用 比	食 事 対 応	認 知 症 ケ ア	認 知 症 専 門 ケ ア 加 算	夜 勤 職 員 配 置 加 算	若 年 性 認 知 症 入 所 者 受 入 加 算	栄 養 管 理 加 算	サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算	医療管理											
多 床 室 数	従 来 型 個 室 数	ユ ニ ツ ト 型 個 室 数													経 管 栄 養	胃 ろ う	イ ン ス リ ン 注 射	吸 引	在 宅 酸 素	ス ト ー マ	尿 カ テ テ 析	透 析	人 工 呼 吸 器	末 期 が ん	筋 ・ 神 経 患 者	重 度 認 知 症

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

8 グループホーム(認知症対応型共同生活介護)

	事業所名		管理者名		相談対応者名	
住所	電話		FAX		協力医療機関	

定員	入居一時金	家賃(月)	食費(月)	その他費用	生活保護適用	夜間ケア加算	医療連携体制加算	看取り介護加算	認知症専門ケア加算	体験利用有無	体験費用	医療管理																										
												経管栄養	胃ろう	インスリン注射	吸引	在宅酸素	ストーマ	尿カテーテル	透析	人工呼吸器	末期がん	筋・神経患者	重度認知症															

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--

9 特定施設入居者生活介護

事業所名	管理者名	相談対応者名
住所	電話	FAX
		協力医療機関

定員	入居一時金	家賃（/月）	食費（/月）	その他費用	生活保護適用	個別機能訓練加算	医療連携体制加算	看取り介護加算	夜間看護体制加算	体験利用有無	体験費用	短期利用サービス	医療管理																																	
													経管栄養	胃ろう	インスリン注射	吸引	在宅酸素	ストーマ	尿酸	透析	人工呼吸器	末期がん	筋・神経患者	重度認知症																						

(追加項目があれば、空欄に記入してください。)

(表の分類以外で、追加があれば記入してください)

--	--	--