

集合住宅等からの在宅医療の確保に関する相談等の報告

報告年月日：平成____年____月____日

※ 記入できる範囲で、できるだけ詳しく記入してください(空欄があっても構いません)。

※ 本報告は、適切な在宅医療の確保のために用いるものであって、医療機関の撤退の責任を問うためのものではありません。

報告者	地方厚生(支)局：_____ 厚生局 _____ 事務所
	都道府県：
集合住宅等に 関する事項	①名称：
	②開設者：
	③類型：(<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム、 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム、 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅、 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅(サービス付き高齢者向け住宅を除く)、 <input type="checkbox"/> その他)
	④所在地：
	⑤電話番号：
	⑥連絡担当者：
	⑦入居者数：____人
	⑧入居者のうち、訪問診療を受ける患者数：____人
	⑨当該施設に訪問診療を行う医療機関数：____診療所、____病院
訪問診療を撤退 する医療機関に 関する事項	①名称：
	②開設者：
	③管理者：
	④所在地：
	⑤電話番号：
	⑥連絡担当者：
	⑦当該施設への訪問診療の患者数：____人
	⑧当該施設への訪問診療の患者像(できるだけ詳しく記入)：

	⑨当該施設への訪問診療の頻度:月____回程度
	⑩当該施設への訪問診療ごとの患者数:1回あたり____人程度
	⑪当該施設への訪問診療の平均診療時間:1人あたり____分程度
	⑫当該施設への訪問診療の撤退理由(できるだけ詳しく記入):
	⑬当該施設への訪問診療の撤退時期・スケジュール(できるだけ詳しく記入):
別の医療機関 の確保見込み	<input type="checkbox"/> 見込みあり (<input type="checkbox"/> 当該施設に訪問診療を行う別の医療機関、 <input type="checkbox"/> 当該施設の協力医療機関、 <input type="checkbox"/> 左記以外の医療機関)
	<input type="checkbox"/> 見込みなし(当該施設が行った在宅医療の確保の取組をできるだけ詳しく記入)
地域の医師会 への相談	<input type="checkbox"/> 相談している、 <input type="checkbox"/> 相談していない (当該施設から地域の医師会に相談しているかどうかを記入)