

参考例 (厚生労働省老健局)	医科		歯科	薬局
	在宅医療機関	入院医療機関		
<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等 <input type="checkbox"/> 診療科	<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> ホームページアドレス <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等 <input type="checkbox"/> 診療科	<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院 <input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携担当部門 <input type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> ホームページアドレス <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等 <input type="checkbox"/> 診療科	<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所 <input type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> ホームページアドレス <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 開局日・開局時間等	<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア
<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 歯科訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応	<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input type="checkbox"/> 訪問可能な範囲 <input type="checkbox"/> 後方支援を受けている入院医療機関 <input type="checkbox"/> 訪問診療日・時間 <input type="checkbox"/> ケアマネタイム <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスへの参加可否 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の記載 <input type="checkbox"/> 在宅で対応可能な専門診療科目 皮膚科 眼科 小児科	<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 歯科訪問診療 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input type="checkbox"/> 後方支援している在宅医療機関 <input type="checkbox"/> 訪問診療日・時間 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否	<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input type="checkbox"/> 訪問可能な範囲 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスへの参加可否 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否	<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input type="checkbox"/> 訪問可能な範囲
<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開部の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器)等	<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開部の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器)等 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> エンジン・タービン・バキューム使用可否 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 食支援 <input type="checkbox"/> NST(栄養サポートチーム)対応 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリテーション <input type="checkbox"/> 主な連携機関	<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> 訪問指導に対応できる時間 <input type="checkbox"/> 注射薬の調整(混注) <input type="checkbox"/> 輸液, 経管栄養剤の対応 <input type="checkbox"/> 輸液ルート, カテーテルの供給	<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> 訪問指導に対応できる時間 <input type="checkbox"/> 注射薬の調整(混注) <input type="checkbox"/> 輸液, 経管栄養剤の対応 <input type="checkbox"/> 輸液ルート, カテーテルの供給
<その他>	<その他> <input type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	<その他> <input type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	<その他> <input type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	<その他> <input type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力

医科	表示項目
在宅医療機関	
<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input checked="" type="checkbox"/> ホームページアドレス <input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等 <input type="checkbox"/> 診療科	自由記載 郵便番号, 自由記載 ※事務局で確認(記入不要) 函館市地域包括支援センターあさひ 函館市地域包括支援センターこん 函館市地域包括支援センター厚生院 函館市地域包括支援センター西堀 函館市地域包括支援センターよるこび 函館市地域包括支援センター社協 ○× 担当者1, 自由記載 担当者2, 自由記載 自由記載 自由記載 自由記載, 非公表選択可 自由記載, 非公表選択可 月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 自由記載
<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問可能な範囲 <input type="checkbox"/> 後方支援を受けている入院医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療日・時間 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネタイム <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスへの参加可否 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の記載 <input type="checkbox"/> 在宅で対応可能な専門診療科目 皮膚科 眼科 小児科	○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど) ○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど) ○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど) ○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど) 距離・時間など 急変時等に連携している入院医療機関の有無と名称 月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) ○×(条件記載:距離・時間など) ○×(条件記載:距離・時間など) ○× ○× ○×
<対応可能な訪問診療等の内容> <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケアの対応 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開部の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器)等 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素療法	○× ○× ○× ○× ○× ○× ○×
<その他> <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	○×(協力者氏名:)

医科	表示項目
入院医療機関	
<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院 <input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携担当部門 <input checked="" type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input checked="" type="checkbox"/> ホームページアドレス <input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等 <input type="checkbox"/> 診療科	自由記載 郵便番号, 自由入力 ※事務局で確認(記入不要) 函館市地域包括支援センターあさひ 函館市地域包括支援センターこん 函館市地域包括支援センター厚生院 函館市地域包括支援センター西堀 函館市地域包括支援センターよろこび 函館市地域包括支援センター社協 ○× ○× 自由記載 担当者1, 自由記載 担当者2, 自由記載 自由記載 自由記載 自由記載, 非公表選択可 自由記載, 非公表選択可 月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 自由記載
<訪問診療等の対応> <input checked="" type="checkbox"/> 後方支援している在宅医療機関	連携している在宅医療機関があれば記載 DR.to DR.
<その他> <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	○×(協力者氏名:)

歯科(非公開:参考)	表示項目(非公開:参考)
<p><基礎情報></p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名</p> <p><input type="checkbox"/> 所在地</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅療養支援歯科診療所</p> <p><input type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 電話番号</p> <p><input type="checkbox"/> FAX番号</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ホームページアドレス</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス</p> <p><input type="checkbox"/> 診療日・診療時間等</p> <p><input type="checkbox"/> 診療科</p>	<p>自由記載</p> <p>郵便番号, 自由入力</p> <p>※事務局で確認(記入不要)</p> <p>函館市地域包括支援センターあさひ 函館市地域包括支援センターこん 函館市地域包括支援センター厚生院 函館市地域包括支援センター西堀 函館市地域包括支援センターよろこび 函館市地域包括支援センター社協</p> <p>○×</p> <p>担当者1, 自由記載</p> <p>担当者2, 自由記載</p> <p>自由記載</p> <p>自由記載</p> <p>自由記載, 非公表選択可</p> <p>自由記載, 非公表選択可</p> <p>月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00)</p> <p>自由記載</p>
<p><訪問診療等の対応></p> <p><input type="checkbox"/> 往診</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科訪問診療</p> <p><input type="checkbox"/> 時間外における対応</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療日・時間</p> <p><input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否</p>	<p>○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど)</p> <p>○×</p> <p>○×(条件記載:かかりつけ患者のみなど)</p> <p>月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00)</p> <p>○×(条件記載:距離・時間など)</p>
<p><対応可能な訪問診療等の内容></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> エンジン・タービン・バキューム使用可否</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔ケア</p> <p><input type="checkbox"/> 食支援</p> <p><input type="checkbox"/> NST(栄養サポートチーム)対応</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリテーション</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 主な連携機関</p>	<p>○×</p> <p>○×</p> <p>○×</p> <p>○×</p> <p>○×</p> <p>○×</p> <p>連携している医療機関, 介護機関を自由記載</p>
<p><その他></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力</p>	<p>○×(協力者氏名:)</p>

薬局	表示項目
<基礎情報> <input type="checkbox"/> 医療機関名, 薬局名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターエリア <input checked="" type="checkbox"/> 連携支援を担う担当者氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input checked="" type="checkbox"/> ホームページアドレス <input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 開局日・開局時間等	自由記載 郵便番号, 自由入力 ※事務局で確認(記入不要) 函館市地域包括支援センターあさひ 函館市地域包括支援センターこん 函館市地域包括支援センター厚生院 函館市地域包括支援センター西堀 函館市地域包括支援センターよろこび 函館市地域包括支援センター社協 担当者1, 自由記載 担当者2, 自由記載 自由記載 自由記載 自由記載, 非公表選択可 自由記載, 非公表選択可 月(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 火(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 水(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 木(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 金(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 土(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00) 休日(午前00:00~00:00午後00:00~00:00)
<訪問診療等の対応> <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 時間外における対応 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問可能な範囲 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスへの参加可否 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議への参加可否	○× ○×(条件記載: かかりつけ患者のみなど) 距離など ○×(条件記載: 距離・時間など) ○×(条件記載: 距離・時間など)
<対応可能な訪問診療等の内容> <input checked="" type="checkbox"/> 訪問指導に対応できる時間 <input type="checkbox"/> 注射薬の調整(混注) <input type="checkbox"/> 輸液, 経管栄養剤の対応 <input checked="" type="checkbox"/> 輸液ルート, カテーテルの供給	30分以内など ○× ○× ○×
<その他> <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療に係る研修の講師協力	○×(協力者氏名:)