

医療機関情報調査表

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------|----------|-----------|---------------|----|-----------------------|--|
| 医療機関名 | 橘高クリニック | | | 番 号 | 2018 | | | | | |
| フリガナ 院長名 (専門領域) | キッタカ エイシ 橘高 英之 | 問合せ担当者名 | 橘高 英之 | | | | | | | |
| 住所 | 〒729-0113 福山市宮前町1-3-15 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 084-934-8555 | FAX番号 | 084-934-8587 | | | | | | | |
| Eメール | eishi007@urban.ne.jp | ホームページ | http://www.myclinic.ne.jp/kittaka/ | | | | | | | |
| 生活保護指定医療機関 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 【常勤】 診療科目 診療日 診療時間 | ホームページ参照 | | | 【派遣】 診療科目 診療日 診療時間 | なし | | | | | |
| ベッド数 | <input type="checkbox"/> 一般病床 (床) <input type="checkbox"/> 回復期病床 (床) <input type="checkbox"/> 医療療養型病床 (床) <input type="checkbox"/> 介護療養型病床 (床) <input checked="" type="checkbox"/> 無床 | | | | | | | | | |
| リハビリ施設の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | PT (人) OT (人) ST (人) | | | | | | | |
| 入院可能期間 | | | | | | | | | | |
| 受入れ困難な患者の症例等 | | | | | | | | | | |
| 【医療基本情報】 ○…可能 △…一部可能 ×…不可能 | | | | | | | | | | |
| 療病別医療 (療養の場合の対応可能な疾患) | 心疾患 | ○ | 難病 | △ | 糖尿病 | ○ | 血液・リンパ系疾患 | ○ | | |
| | 高血圧 | ○ | 神経疾患 | ○ | 脳血管疾患 | △ | 泌尿器科系疾患 | △ | | |
| | 心身障害 | ○ | 婦人科系疾患 | △ | 呼吸器系疾患 | △ | 整形外科系疾患 | × | | |
| | 消化器系疾患 | ○ | 皮膚科系疾患 | △ | 眼科系疾患 | × | 耳鼻咽喉科系疾患 | × | | |
| | 認知症 | △ | せん妄 | × | その他の対象疾患 | | | | | |
| 医療項目 | 院内 | 自宅 | 詳細・条件などありましたらご記入ください。 | | | 医療項目 | 院内 | 自宅 | 詳細・条件などありましたらご記入ください。 | |
| 中心静脈栄養 | △ | △ | 皮下埋め込み式ポートは可 | | | 末梢の点滴 | ○ | ○ | | |
| ポート管理 | ○ | ○ | | | | 尿道カテーテル | ○ | ○ | | |
| 経管栄養(胃瘻含む) | ○ | ○ | | | | インスリン自己注射 | ○ | ○ | | |
| 人工呼吸器 | × | × | | | | 在宅酸素療法 | ○ | ○ | | |
| 気管口・気管カニューレ管理 | △ | △ | | | | 寝たきり患者 | ○ | ○ | | |
| 褥瘡、創処置 | ○ | ○ | | | | 終末期患者 | ○ | ○ | | |
| リハビリの指導 | × | × | | | | 人工肛門管理 | △ | △ | | |
| 胃瘻管理・入替え | ○ | ○ | バルーンタイプは可 | | | 胃瘻チューブ交換 | × | × | | |
| 尿管皮膚瘻管理 | × | × | | | | 腹腔穿刺 | × | × | | |
| 胸腔穿刺 | × | × | | | | その他 | 外科的処置を伴うものは不可 | | | |

| 【在宅医療情報】 ◎…自院で実施可能 ○…自院では不可だが他施設との連携により可能 △…場合により自院で実施可能 ×…自院では実施不可能 | | | | | | | | |
|--|---|------|-----------------------|---|------|---|----------|---|
| 在宅医療体制 (サ高住・GH等の 居住系の施設を含む) | 訪問診療 | ◎ | 24時間連絡体制（往診含む） | | | ◎ | | |
| | 在宅での看取り（死亡確認） | ◎ | ◆平成29年度 在宅での看取り数（ 3人） | | | | | |
| | 訪問看護の実施又は連携 | ○ | 訪問リハビリの実施又は連携 | | | ○ | | |
| | 往診可能な地域 | 旧松永市 | | | | | | |
| 非がんの緩和ケア | ■実施 ・ □未実施 | | | | | | | |
| がんの緩和ケア | ■実施 ・ □未実施 | | | | | | | |
| 緩和ケア研修会修了医 | ■いる ・ □いない （※緩和ケア研修会＝がん診療連携拠点病院等が実施主体となって開催する研修会） | | | | | | | |
| 使用可能な医療用麻薬 (モルヒネ製剤等) | 内服 坐薬 貼付剤 | | | | | | | |
| 緩和ケア患者の 在宅医療 | 消化器癌 | ○ | 呼吸器癌 | ○ | 泌尿器癌 | ○ | 血液・リンパ系癌 | ○ |
| | 婦人科系癌 | ○ | 耳鼻咽喉科系癌 | ○ | その他 | | | |
| H29年度 ◆在宅癌患者対応数 | 0 人 | | | | | | | |
| 備考欄（貴院のPR事項・介護施設との連携などがございましたら、ご記入ください） | | | | | | | | |