

医療機関情報調査表

医療機関名	医療法人社団 涼風会 佐藤脳神経外科				番 号						
フリガナ 院長名 (専門領域)	サトウ トオル 佐藤 透 (脳神経外科)		問合せ担当者名	壇上真澄							
住所	〒729-0104 福山市松永町5丁目23番23号										
電話番号	084-934-9911		FAX番号	084-934-9910							
Eメール	ucsfbtrc@uraban.ne.jp		ホームページ	http://rvofukai.jp							
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	脳神経外科 月火木金：午前9:00～12:30 午後15:00～18:00 水土:午前診療のみ 日,祝日:休診		【派遣】 診療科目 診療日 診療時間								
ベッド数	<input checked="" type="checkbox"/> 一般病床 (19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 type="checkbox"/> 無床										
リハビリ施設の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		PT (5人) OT (7人) ST (4人)								
入院可能期間	6ヶ月間										
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	○	×				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	○	○				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					

【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28年度 在宅での看取り数（ 0 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							
非がんの緩和ケア	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 未実施							
がんの緩和ケア	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 未実施							
緩和ケア研修会修了医	<input type="checkbox"/> いる ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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)								
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			
H28年度 ◆在宅癌患者対応数	1 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）								