

医療・介護資源検索コンテンツ 掲載情報確認・更新票

回答日： 年 月 日

施設サービス事業所用回答シート

事業所名：

管理者名：

窓口担当者名：

事業所情報	当てはまる項目に○をつけてください		対応可能処置等	対応可否
HP	有・無		胃ろう	<input type="radio"/> ・×
営業時間	時 分～ 時 分		ストーマ（便廃棄）	<input type="radio"/> ・×
休日	月・火・水・木・金・土・日・祝・お盆		在宅酸素療法	<input type="radio"/> ・×
	年末年始(～)、その他()		気管切開	<input type="radio"/> ・×
ターミナル		有・無	人工呼吸器	<input type="radio"/> ・×
施設看取り		有・無	IVH	<input type="radio"/> ・×
地域密着型介護老人福祉施設		有・無	留置カテーテル	<input type="radio"/> ・×
受入可能患者	難病	有・無	血液透析	<input type="radio"/> ・×
	認知症	有・無	腹膜透析	<input type="radio"/> ・×
	精神疾患	有・無	たん吸引が必要	<input type="radio"/> ・×
			インスリン注射	<input type="radio"/> ・×
			創傷処置	<input type="radio"/> ・×

(回答先) 武雄杵島地区医師会事務局

FAX : 0954-23-2216 メール : zaitaku@tk-med.or.jp