

FAX:027-329-6612

記入日 年 月 日

送付先：高崎市医療介護連携相談センターたかまつ

変更届 (内容変更 新規追加 掲載削除)

次のとおり、変更がありましたので届け出ます。

属性	名称	電話番号	記入者
<input type="checkbox"/> 医科診療所			
<input type="checkbox"/> 病院			
<input type="checkbox"/> 歯科診療所			

※変更のあった箇所のみ記入して下さい。新規追加の場合は全て記入して下さい。

医科診療所・病院記入欄 ○:可能 △:検討中 ×:不可能

医療機関名称	〒		住所
代表医師	TEL	FAX	
診療科			
訪問診療	○・△・×	(曜日・時間等)	
往診	○・△・×	(曜日・時間等)	
訪問範囲	(例 診療所から〇km以内)		

対応可能な在宅医療行為

	成人	小児		成人	小児		成人	小児
気管カニューレ管理			麻薬内服疼痛管理			在宅中心静脈栄養		
点滴注射末梢静脈			麻薬持続皮下注疼痛管理			CVポート管理		
経鼻経管栄養の管理			在宅酸素			喀痰吸引		
PEG管理			人工膀胱管理			看取り		
腎ろう膀胱ろう管理			人工肛門管理			嚥下機能評価		
膀胱留置カテーテル管理			人工呼吸器管理			輸血		
褥瘡管理			在宅自己腹膜灌流					

病院記入欄 ○:可能 △:検討中 ×:不可能

受け入れ可能な容体

	成人	小児		成人	小児		成人	小児
レスパイト			呼吸器疾患			外科・整形外科疾患		
PEG造設			循環器疾患			脳血管疾患		
CVポート造設			消化器疾患			認知症		
気管カニューレ造設			尿路疾患			血液透析		

※変更のあった箇所のみ記入して下さい。新規追加の場合は全て記入して下さい。

歯科診療所記入欄

歯科診療所名称	〒		住所
担当歯科医師	TEL	FAX	
(小学校区)	(連絡希望日・時間帯)		
訪問歯科対応	<input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 検討中		
訪問歯科(訪問日)	(曜日)		
訪問歯科(訪問時間)	(時間)		
訪問歯科(訪問範囲)	(例 〇km)		
交通費(金額)	(例 不要、〇円など)		