

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"/> 調剤薬局    |    |      |     |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 |    |      |     |

\*\*\*\*\*

※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。

調剤薬局記入欄 ○:可能 △:検討中 ×:不可能

|         |                                                                                          |        |  |          |     |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|----------|-----|
| 薬局名称    |                                                                                          |        |  | 〒        | 住所  |
| 担当薬剤師   |                                                                                          |        |  | TEL      | FAX |
| 訪問薬剤対応  | <input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 検討中 |        |  |          |     |
| 訪問薬剤    | (曜日、時間、距離など)                                                                             |        |  |          |     |
| 交通費     | (金額など)                                                                                   |        |  |          |     |
| 麻薬の取り扱い |                                                                                          | 無菌調剤対応 |  | かかりつけ薬剤師 |     |

\*\*\*\*\*

※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。

訪問看護事業所記入欄 ○:可能 ●:可能だが年齢制限あり △:要相談 ▲:要相談だが年齢制限あり ×対応できない

|          |                  |  |  |     |     |
|----------|------------------|--|--|-----|-----|
| 事業所名称    |                  |  |  | 〒   | 住所  |
|          |                  |  |  | TEL | FAX |
| 職員体制     | (職種・人数)          |  |  |     |     |
| サービス提供地域 | (例 ○○市、併設施設のみなど) |  |  |     |     |

対応可能な医療的ケア・処置・身体介助

|            | 成人 | 小児 |                  | 成人 | 小児 |               | 成人 | 小児 |
|------------|----|----|------------------|----|----|---------------|----|----|
| 24時間対応     |    |    | 膀胱内留置カテーテル管理     |    |    | 麻薬による疼痛コントロール |    |    |
| 在宅人工呼吸器の管理 |    |    | 膀胱内留置カテーテル交換(男性) |    |    | 終末期ケア・看取り     |    |    |
| 気管カニューレ交換  |    |    | 膀胱内留置カテーテル交換(女性) |    |    | 食事介助          |    |    |
| 気管カニューレ管理  |    |    | 間歇的導尿            |    |    | 入浴介助          |    |    |
| 気管内吸引      |    |    | 褥瘡ケア             |    |    | 看護師によるリハビリ    |    |    |
| 経鼻チューブの交換  |    |    | インスリン注射          |    |    | OT・PTによるリハビリ  |    |    |
| 胃瘻の管理      |    |    | 末梢点滴管理・静注        |    |    | 神経難病          |    |    |
| 経管栄養の注入    |    |    | 中心静脈カテーテル管理      |    |    | 精神疾患          |    |    |
| ストーマ管理     |    |    | CVポート管理          |    |    | 認知症ケア         |    |    |