

鹿児島市在宅医会 ケアマネタイムアンケート

[一覧に戻る](#)

|   |   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|---|---|----------|----------|-------------------------------|-------------------|--------|---|---|
| 医療機関名   | 池田病院  |          |          | 窓口担当者                         | 氏名                | 中 菌みどり |   |   |
| 医師名   | 池田 琢哉   |          |          | 医師の代理で主に対応できる<br>担当者名をご記入ください | 職種                | 看護師    |   |   |
| T E L   | 099 - 252 - 8333  |          |          | F A X                         | 099 - 254 - 1166  |        |   |   |
| メールアドレス   | t i c t a c - d @ p o . m i n c . n e . j p             |          |          |                               |                   |        |   |   |
| 医師との対応方法<br>○×でご記入ください  | 直接<br>面談  | 往診<br>同席 | 外来<br>同席 | 電話                            | FAX               | メール    |   |   |
| 担当者会議への<br>医師の参加  | 主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合<br>30分以内なら可能    15分以内なら可能    困難 |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 訪問診療の時間に合わせて開催<br>30分以内なら可能    15分以内なら可能    困難          |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 自院の待合室等を利用して開催の場合<br>人数    参加人数(    )人以内であれば可能          |          |          |                               |                   |        |   |   |
| ※※もケ<br>定外しく<br>休来くマ<br>日診はネ<br>は療、と<br>斜時表の<br>線間に面<br>をやご談<br>引往記が<br>い診入可<br>て時を能<br>く間しな<br>だもて時<br>さごい間<br>い記たを<br>入だコメ<br>くけント<br>だるとに<br>さい助に<br>いかり<br>ご記入<br>ます。だ<br>さい。 | コ メ ン ト   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   |   | 月        | 火        | 水                             | 木                 | 金      | 土 | 日 |
|   | 9:00  |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 10:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 11:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 12:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 13:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 14:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 15:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 16:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 17:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | 18:00   |          |          |                               |                   |        |   |   |
|   | ◎:医師が対応可能な時間帯   |          |          |                               | ○:比較的、医師が対応可能な時間帯 |        |   |   |
| △:医師が対応できる可能性がある時間帯   |   |          |          | ×:対応が困難な時間帯                   |                   |        |   |   |
| ケアマネージャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む)  |   |          |          |                               |                   |        |   |   |
| ○曜日の○時と、予定がたたないので、ご連絡ください。  |   |          |          |                               |                   |        |   |   |