

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	植村病院			窓口担当者	氏名	中村 淳子		
医師名	川名 英世			医師の代理で主に対応できる 担当者名をご記入ください	職種	看護師		
TEL	099 - 220 - 1730			FAX	099 - 228 - 9740			
メールアドレス	@							
医師との対応方法	直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール		
○×でご記入ください	○	○	○	×	×			
担当者会議への 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 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 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 人数 参加人数( 数人 )以内であれば可能							
※※もケ 定外しく 休来くマ 日診はネ は療、と 斜時表の 線間に面 をやご談 引往記が い診入可 て時を能 く間しな だもて時 さいごい 記たを 入だコ くけメ ださト さいと い助に かりご ります 。記 。入 。く 。だ 。さい。	コメント							
	要事前のアポイント							
		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)								