

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 <small>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</small>	氏名	中村 淳子		
医師名	内村 裕子				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 <u>15分以内なら可能</u> 困難							
	訪問診療の時間に合わせて開催 30分以内なら可能 <u>15分以内なら可能</u> 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( 5 )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 さいご間 記いたを 入だコメ くけント さいとに い助かり ご記入 ます。だ さい。	コメ ン ト							
		月	火	水	木	金	土	日
	9:00	○	○		○	○		
	10:00	○ 外来 診療	○	往 診	○	○ 外来 診療		
	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)								