

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	内村川上内科			窓口担当者	氏名		
医師名	岩木 宏介			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		
TEL	099 - 244 - 1500			FAX	099 - 244 - 8130		
メールアドレス	kiwaki@mail.meikikai.com						
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( 8 )人以内であれば可能						
※※もケ 定外しア 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 入だコメ くけと さいトに い助に かりご ります す。だ 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)							