

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 | 玉水会病院 | | | 窓口担当者 | 氏名 | 金竹 智恵美 | | |
| 医師名 | 瀬戸口 美波 | | | 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 | 地域連携室長(看護師) | | |
| TEL | 099 - 223 - 3330 | | | FAX | 099 - 222 - 6541 | | | |
| 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()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 さい記た 入だコメ くだと さいトに い助に かりご ます。記 入く 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) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |