

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   | 長友 由紀子                  |          |          | 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               | 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<br>面談                | 往診<br>同席 | 外来<br>同席 | 電話                            | FAX              | メール         |   |   |
| ○×でご記入ください  | ○                       |          | ○        | ○                             | ○                | ○           |   |   |
| 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 |          |          |                               |                  |             |   |   |
|   | 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( )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>さいごい<br>記たを<br>入だコメ<br>くけと<br>ださ<br>さい<br>助に<br>かり<br>ます。<br>ご記入<br>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)  |                         |          |          |                               |                  |             |   |   |