

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	敬愛クリニック			窓口担当者	氏名	谷山 茂樹		
医師名	谷山 茂樹			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 - 261 - 0311			FAX	099 - 262 - 1507			
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()人以内であれば可能							
※※もケ 定外しく 休来くア 日診はマ は療、ネ 斜時表の 線間に面 をやご談 引往記が いて診入 て時を可 く間しな だもて時 さいごいた い記たを 入だこメ くけんと さいとに い助かり ます。ご 。記入 。ください。	コメント							
		月	火	水	木	金	土	日
	9:00							
	10:00						外来診療	
	11:00							
	12:00							
	13:00	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療	外来診療		
	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)								