

医療機関名	〇〇診療所		院長名	〇〇 △△		窓口担当者 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 看護師					
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載		対応している		対応していない		TEL・FAX		047-xxx-△△△△				
	訪問診療		定期的に行っている		行っていない				047-xxx-〇〇△△				
	外来かかりつけ患者の臨時往診		対応している		対応していない								
	在宅療養支援診療所の届出		有		無		メールアドレス		□□□ @ △△△. xx. jp				
医師が面談等対応可能な時間帯や外来受診付き添い等を 避けてほしい時間帯 (外来診療時間や往診時間をご記入ください)	8:00	月	火	水	木	金	土	医師との相談方法 希望の優先順位を ご記入ください。					
	9:00				△			直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール
	10:00	外来 診療	外来 診療	外来 診療	△	外来 診療	外来 診療	5	4	3	2	1	6
	11:00				△			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 (5) 人以内であれば可能					
	12:00				×								
	13:00		○	○	×		×						
	14:00		往診	○	×	往診	×						
	15:00			○	×		×	ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む)					
	16:00	外来 診療		外来 診療	×		×						
	17:00		外来 診療		×	外来 診療	×						
	18:00				×		×						
	19:00							※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているので、外来同席や電話連絡は ご遠慮ください。					

◎: 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

医療機関名		院長名		窓口担当者 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								
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載	対応している	対応していない	TEL・FAX										
	訪問診療	定期的に行っている	行っていない											
	外来かかりつけ患者の臨時往診	対応している	対応していない											
	在宅療養支援診療所の届出	有	無	メールアドレス	@									
医師が面談等対応可能な時間帯や外来受診付き添い等を避けてほしい時間帯（外来診療時間や往診時間）もご記入ください	8:00	月	火	水	木	金	土	医師との相談方法 希望の優先順位を ご記入ください。	直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール
	9:00													
	10:00													
	11:00													
	12:00													
	13:00													
	14:00													
	15:00													
	16:00													
	17:00													
	18:00													
	19:00													
	◎: 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								担当学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					
	ケアマネジャーへの要望（連絡時の注意事項等を含む）													