

在宅療養支援病院・診療所の状況に関するアンケート調査票

(法人名)	
(病院・診療所名)	(在宅療養支援病院 ・ 在宅療養支援診療所)
(回答者 職・氏名)	
(連絡先電話番号)	(FAX番号)
(連絡先メールアドレス)	

該当するものを■又は☑を入れてください。

回答は全て平成25年4月1日時点でご回答をお願いします。

問1. 患者数や病床数とスタッフ数について

①病床数：() 床 ②往診を行っている患者数：約 () 名

③スタッフ数：医師 () 名 看護師 () 名

↓

※医師の主な専門を教えてください。

総合医 内科 () 外科 () 小児科 ()

その他 ()

問2. 主な訪問診療・往診の対象者について (該当するものすべてにチェックをしてください)

- 高齢患者 成人患者 小児患者 障がい児・障がい者
- ターミナル患者 その他 ()

問3. 支援する患者さんに重症心身障がい児者はおられますか

※重症心身障がい児者…重度の身体障がい(身体障害者手帳1・2級)と重度の知的障がい(療育手帳A)を併せ持つ障がい児者(※児者：乳幼児から高齢者まですべての年齢の方を指す)

- いる いない 不明

※「いない」「不明」とお答えいただいた病院・診療所は問7に進んでご回答をお願いします。

問4. 超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準(判定スコア)に該当する方は何人程おられますか

※判定スコアは別紙をご参照ください。

- 25点以上 約 () 人
- 10点以上25点未満 約 () 人
- 10点未満 約 () 人

