

医療機関情報調査表

医療機関名		佐長内科クリニック		番号	2018				
フリガナ	サチョウ マサノリ		問合せ担当者名						
院長名 (専門領域)	佐長 正則 (内科一般)								
住所	福山市春日町1丁目20-38								
電話番号	084-945-7785		FAX番号	084-941-0795					
Eメール	msacho@fmed.jp		ホームページ	www.lares.dti.ne.jp/~msacho/					
生活保護指定医療機関			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
【常勤】	内科、呼吸器内科、消化器内科		【派遣】						
診療科目	月～土 : 午前 9:00～12:30		診療科目						
診療日	月火木金 : 午後15:30～18:30		診療日						
診療時間	土 : 午後13:30～16:30		診療時間						
	日・祝日・水曜午後：休診								
ベッド数	<input type="checkbox"/> 一般病床 (床)		<input type="checkbox"/> 回復期病床 (床)						
	<input type="checkbox"/> 医療療養型病床 (床)		<input type="checkbox"/> 介護療養型病床 (床)		<input checked="" type="checkbox"/> 無床				
リハビリ施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		PT (0人) OT (0人) ST (0人)						
入院可能期間									
受入れ困難な患者の症例等		重篤な疾患(入院治療を必要とする患者)							
【医療基本情報】 ○…可能 △…一部可能 ×…不可能									
療病別医療 (療養の場合の対応可能な疾患)	心疾患	○	難病	△	糖尿病	○	血液・リンパ系疾患	×	
	高血圧	○	神経疾患	△	脳血管疾患	△	泌尿器科系疾患	△	
	心身障害	△	婦人科系疾患	×	呼吸器系疾患	○	整形外科系疾患	△	
	消化器系疾患	○	皮膚科系疾患	△	眼科系疾患	×	耳鼻咽喉科系疾患	×	
	認知症	△	せん妄	△	その他の対象疾患				
医療項目	院内	自宅	詳細・条件などありましたらご記入ください。		医療項目	院内	自宅	詳細・条件などありましたらご記入ください。	
中心静脈栄養	×	×			末梢の点滴	△	△		
ポート管理	×	×			尿道カテーテル	△	△		
経管栄養(胃瘻含む)	△	△			インスリン自己注射	△	△		
人工呼吸器	△	△			在宅酸素療法	△	△		
気管口・気管カニューレ管理	△	△			寝たきり患者	△	△		
褥瘡、創処置	△	△			終末期患者	△	△		
リハビリの指導	×	×			人工肛門管理	×	×		
胃瘻管理・入替え	×	×			胃瘻チューブ交換	×	×		
尿管皮膚瘻管理	×	×			腹腔穿刺	×	×		
胸腔穿刺	×	×			その他				

【在宅医療情報】 ◎…自院で実施可能 ○…自院では不可だが他施設との連携により可能 △…場合により自院で実施可能 ×…自院では実施不可能

在宅医療体制 (サ高住・GH等の 居住系の施設を含む)	訪問診療	○	24時間連絡体制（往診含む）	○				
	在宅での看取り（死亡確認）	○	◆平成29年度 在宅での看取り数（ ____人）					
	訪問看護の実施又は連携	○	訪問リハビリの実施又は連携	△				
	往診可能な地域 春日町、蔵王町							
非がんの緩和ケアの実施	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 未実施							
がんの緩和ケアの実施	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 未実施							
緩和ケア研修会修了医	<input type="checkbox"/> いる ・ <input checked="" type="checkbox"/> いない <small>（※緩和ケア研修会＝がん診療連携拠点病院等が実施主体となって開催する研修会）</small>							
使用可能な医療用麻薬 (モルヒネ製剤等)								
緩和ケア患者の 在宅医療	消化器癌	○	呼吸器癌	○	泌尿器癌		血液・リンパ系癌	
	婦人科系癌		耳鼻咽喉科系癌		その他			
平成29年度 ◆在宅癌患者対応数	____人							

備考欄（貴院のPR事項・介護施設との連携などがございましたら、ご記入ください）