

《訂正する箇所のみ赤ペンで記入し、変更のない箇所には記入しないでください》

変更がない場合は返信不要です

※本調査は東京都が医療機関を公表する【ひまわり】とは異なる品川区独自の事業として行うものです。

訂正内容（赤ペンで記入。選択回答の場合正しい内容を○で囲む）				
(ふりがな)				
貴施設名				
(ふりがな)				
院長名				
所在地	〒 *ビル名、号室等まで正確にご記入を。			
自施設の駐車場の有無	有 / 無			
電話番号				
FAX 番号				
ホームページ URL				
電子メールアドレス				
貴施設の種別 (○はいくつでも) 訂正がある場合は表内に記入	<input type="checkbox"/>	DPC 対象病院	<input type="checkbox"/>	DPC 準備病院
	<input type="checkbox"/>	地域医療支援病院	<input type="checkbox"/>	特定機能病院
	<input type="checkbox"/>	がん診療連携拠点病院	<input type="checkbox"/>	在宅診療支援病院
	<input type="checkbox"/>	いずれにもあてはまらない		
標榜診療科目 (○はいくつでも)	内科 / 呼吸器内科 / 循環器内科 / 消化器内科 / 神経内科 外科 / 消化器外科 / 泌尿器科 / 脳神経外科 / 整形外科 形成外科 / 小児科 / 精神科 / 眼科 / 皮膚科 / 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 / 放射線科 / 麻酔科 / リウマチ科 肛門外科 / 歯科 / 口腔外科 その他 ()			
生保対応の可否 (○は1つ)	対応あり / 対応なし	薬の処方(○はいくつでも)	院内 / 院外	
退院調整部門の有無	有 / 無	退院調整看護師 (専従者)の有無	有 / 無	
病床数と内訳 ※5種類の合計が 全病床数と合致する 必要はありません	全 () 床の内、 ① 急性期病床 約 () 床 ② 高度急性期病床 約 () 床 ③ 回復期病床 約 () 床 ④ 慢性期病床 約 () 床 ⑤ 地域包括ケア病床 約 () 床			
同一施設内に併設している 介護施設・事業所 (○はいくつでも) ※介護予防を含む	介護老人福祉施設 / 介護老人保健施設 / 居宅介護支援事業所 訪問看護ステーション / 通所介護事業所 通所リハビリテーション事業所 / 短期入所生活介護事業所 短期入所療養介護事業所 / 特定施設 / 認知症対応型通所介護事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 / 認知症対応型グループホーム 地域密着型特定施設 / 地域密着型介護老人福祉施設 併設している介護施設・事業所はない			
貴施設の 得意領域及び PR ポイント 等 (250 字以内) クレジットカードなど、 決済方法対応については こちらにご記入ください				

		診療時間【訂正がある場合は表内に記入】	外来受付時間【訂正がある場合は表内に記入】
月	午前	～	～
	午後	～	～
火	午前	～	～
	午後	～	～
水	午前	～	～
	午後	～	～
木	午前	～	～
	午後	～	～
金	午前	～	～
	午後	～	～
土	午前	～	～
	午後	～	～
日	午前	～	～
	午後	～	～
祝日	午前	～	～
	午後	～	～
特記事項		例)但し、第二木曜は 14:00～16:00 のみ	例)但し、第二木曜は 14:00～15:30 のみ
外来診療の状況		初診	① 完全予約制／②予約制と予約外の併用／③予約制でない
		再診	①完全予約制／②予約制と予約外の併用／③予約制でない
①又は②の場合 予約電話番号		()	
通院時の バリアフリー 対応 (○はそれぞれ1つ)		道路から診察室までの車椅子移動	できる / できない
		トイレ内の手すり	あり / なし
		トイレ内での車椅子移動	できる / できない
		洋式トイレ	あり / なし

◆下記項目は、区内医療機関等にも公開となります。

在宅医療の形態 (○はいくつでも)	往診 / 訪問診療 / 行っていない		
自院での 訪問看護の有無 (○は1つ)	行っている / 行っていない ※併設の訪問看護ステーションは含みません		
認知症の対応 (○はいくつでも)	認知症の画像診断 / 認知症の薬の処方 / 認知症専門機関への紹介 / 認知症サポート医 認知症の検査のみ対応 / 対応なし		
リハビリ テーション 対応の有無 および 各送迎の有無 ※訂正がある場合は表内 に記入	呼吸器リハビリテーション	➡ 送迎の有無	あり / なし
	運動器リハビリテーション	➡ 送迎の有無	あり / なし
	脳血管疾患等リハビリテーション	➡ 送迎の有無	あり / なし
	訪問リハビリテーション		
	その他	➡ 送迎の有無	あり / なし
	その他の詳細 ()		
介護保険 主治医意見書の作成 (○は1つ)	対応している対応している / 対応していない		

地域連携及び医療福祉相談を同一の部署が担当			
連携等部門について	部署名		
	電話番号		FAX 番号
	対応内容	入院相談 / 退院調整 / 福祉相談 / 夜間・休日の対応 / その他	
		【夜間・休日対応の電話番号】 ()	*夜間・休日TELは、区内医療機関等のみ公開となります。
	【その他詳細】		
	その他特記事項		

地域連携及び医療福祉相談をそれぞれ別々の部署が担当			
地域連携等部門について	部署名		
	電話番号		FAX 番号
	対応内容	入院相談 / 退院調整 / 福祉相談 / 夜間・休日の対応 / その他	
		【夜間・休日対応の電話番号】 ()	*夜間・休日TELは、区内医療機関等のみ公開となります。
	【その他詳細】		
	その他特記事項		
医療福祉相談部門について	部署名		
	電話番号		FAX 番号
	対応内容	入院相談 / 退院調整 / 福祉相談 / 夜間・休日の対応 / その他	
		【夜間・休日対応の電話番号】 ()	*夜間・休日TELは、区内医療機関等のみ公開となります。
	【その他詳細】		
	その他特記事項		

※下記についてご確認の上、署名してください。

当施設として、本医療機関等名簿デジタル版の趣旨を理解し、回答内容について医療機関等名簿デジタル版WEBサイト上に公開されることに同意します。また、回答内容に個人情報が含まれる場合は、当該本人の同意を得た上で回答しています。

回答者御署名 _____

【回答者様連絡先情報】

電話番号	()	FAX 番号	()
電子メールアドレス	@		

※調査票回収後、内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご承知おきください。

※回答頂いた内容を本調査の目的以外で使用することはありません。