

《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。

◆が付いている項目は、区内医療機関等にものみ公開となります。

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）			
所属医師会	品川区医師会 / 荏原医師会 / 所属なし		
(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	あり / なし		
電話番号	◆FAX 番号		
ホームページ URL			
◆電子メール アドレス			
標榜診療科目  専門とする 科目に○ その他の 科目には○  訂正がある場合 は表内に書き加 えてください。	内科	循環器内科	呼吸器内科
	消化器内科	糖尿病内科	腎臓内科
	血液内科	神経内科	心療内科
	循環器科	呼吸器科	消化器科
	胃腸科	リウマチ科	小児科
	皮膚科	アレルギー科	外科
	整形外科	形成外科	脳神経外科
	肛門科	耳鼻咽喉科	眼科
	産婦人科	婦人科	泌尿器科
	麻酔科	精神神経科	リハビリテーション科
	人工透析	ペインクリニック	放射線科
	その他 ( )		
生保対応の可否 (○は1つ)	対応あり / 対応なし		
在宅療養支援 診療所	なっている / なっていない		
対応外国語 (○はいくつでも)	英語 / 中国語 / 韓国語 その他 ( )		
外来診療の状況	初診	完全予約制 / 予約制と予約外の併用 / 予約制でない	
	再診	完全予約制 / 予約制と予約外の併用 / 予約制でない	
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	

◆貴施設の種別	有床診療所（                      ）床 / 無床診療所
◆薬の処方 (〇はいくつでも)	院内 / 院外
◆送迎の有無	あり / なし

◆貴施設の得意領域及びPRポイント等 (250字以内)  クレジットカード等、決済方法対応については こちらに ご記入ください			
		<b>診療時間</b> 【訂正がある場合は表内に記入】	<b>外来受付時間</b> 【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

介護保険主治医意見書の作成	対応している / 対応していない
緊急時に連絡を取れる電話番号の有無	あり Tel（                      ） / なし ◆緊急時のTelは、区内医療機関等にのみ公開となります。

◆下記項目は、区内医療機関等にのみ公開となります。

在宅医療の形態 (○はいくつでも)	往診 / 往診(かかりつけのみ) / 訪問診療 訪問診療(かかりつけのみ) / 緊急時の病床確保(連携病院) 基本的に外来のみ
往診の対応範囲 (○は1つ)	往診なし / 近隣まで / 品川区内まで / 区外以遠 / 応相談
<b>在宅医療の対応</b>	
在宅医療一般	24時間対応 / 在宅での看取り / 点滴管理 疼痛管理 / 資材調達 / 麻薬処方 / 対応なし
消化管系管理	経管栄養 / 中心静脈栄養 / 人工肛門管理 / 対応なし
呼吸器系管理	人工呼吸管理 / 在宅酸素管理 / 気管切開 / 対応なし
尿路系管理	血液透析 / 腹膜透析 / 尿道カテーテル管理 / 対応なし
皮膚系管理 (褥瘡管理)	対応あり / 対応なし
精神科系管理	認知症の診断 / 認知症の薬の処方 認知症専門機関への紹介精神疾患対応 / 対応なし
リハビリ テーション	呼吸器リハビリテーション / 運動器リハビリテーション 脳血管疾患等リハビリテーション / 対応なし その他 ( )
併設の対応 (○はいくつでも)	訪問看護 / 訪問リハビリ / どちらも併設していない
診療時間外の 疑義照会 (○は1つ)	可 TEL ( ) / 不可

※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。