

《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) 貴指定ステーション名	
(ふりがな) サテライトステーション名	
(ふりがな) 管理者名	
所在地	〒 *ビル名、号室等まで正確にご記入を。
電話番号	
FAX 番号	
ホームページ URL	
電子メールアドレス	
訪問可能時間帯における緊急対応	対応あり / 対応なし
生保対応の可否	対応あり / 対応なし
自費対応	対応あり / 対応なし
自立支援医療制度の対応	対応あり / 対応なし
訪問対応地区(○はいくつでも)	品川区全域／北品川／東品川／南品川／西品川／広町 上大崎／東五反田／西五反田／大崎／東大井／南大井 勝島／大井／西大井／小山台／小山／荏原／平塚 旗の台／中延／西中延／東中延／戸越／豊町／二葉／八潮
職員配置	①看護師 (人) ②理学療法士 (人) ③作業療法士 (人) ④言語聴覚士 (人)
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	

➔ 裏面もございます

在宅医療の対応	
看護内容 (〇はいくつでも)	精神科訪問看護／乳児幼児訪問看護／在宅での看取り 気管カニューレ管理／痰吸引／人工呼吸器管理 在宅酸素管理／点滴管理／血糖チェック 胃ろう経管栄養管理／経鼻経管栄養管理 中心静脈栄養管理／腹膜透析 人工肛門・ウロストミー管理／排便コントロール 尿道カテーテル管理／膀胱ろう・腎ろう管理 リハビリ指導／内服管理／褥瘡管理／その他 【その他詳細】 ()
リハビリテーション (〇はいくつでも)	呼吸器／運動器／脳血管／心大血管(循環器) 嚥下・言語／高次脳／小児／精神／その他 【その他詳細】 ()

曜日	営業時間【訂正がある場合は表内に記入】	
	午前	午後
月	～	～
火	～	～
水	～	～
木	～	～
金	～	～
土	～	～
日	～	～
祝日	～	～
特記事項	例)但し、第二木曜は 14:00～16:00のみ	

※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。