

大阪府医療機関情報システム 基礎情報調査票

【目次】		
No.	項目	頁
1	連絡担当者	3
2	管轄保健所	3
3	医療機関名称	3
4	所在地	3
5	開設者名	3
6	管理者名	3
7	府民案内用電話・FAX番号	3
8	ホームページアドレス	3
9	電子メールアドレス	4
10	外来受付	4
11	外来受付時間帯	4
12	外来診療特記事項	4
13	標榜科目	4
14	交通手段	5
15	予約診療	6
16	入院	6
17	学会専門医等	7~8
	その他の認定	8
	その他の履修状況	8
18	医療保険や公費負担	9
19	一般設備機器診断機器等	9
20	放射線関連	10
21	予防接種等	10
22	日帰り手術（短期滞在手術）	11
23	1泊2日入院の手術	11
24	リハビリ関連	12
25	精神科専門療法	12
26	人間ドック	13
27	在宅診療	14
28	介護保険関連	14
29	関連施設等	14
30	その他	15
31	外国語対応	15
32	難病（45疾患群）	16
33	大阪府指定疾患	16

【記入上の注意事項】

記入の際は、次のことにご注意の上、ご記入下さい。

- (1) 鉛筆を使用して記入して下さい。
訂正は消しゴムで丁寧に消し、消し残りが残らないようにして下さい。
- (2) 冊子の状態のまま記入し、返送して下さい。
- (3) コンピュータで処理しますので、用紙を折ったり、汚したりしないで下さい。
- (4) 下記の例を参考に、丁寧に記入して下さい。

(A) マーク記入例

良い例



ハミ
ダシ



悪い例



ヌリ
ツプ
シ

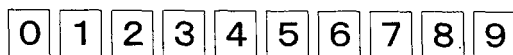


チェ
ック



バッ

(B) 数字記入例



枠の中に収まるように記入して下さい。

(C) 文字（日本語、アルファベット等）

楷書で丁寧に記入して下さい。

この情報は一部の情報を除き医療機関連携情報として医療関係者に情報提供されます。

また、この一部はインターネット・冊子等により府民に情報提供されます。網掛け項目については、医療関係者にのみ情報提供されます。

なお、府民への情報提供項目については行政・医療関係団体・学識経験者等からなる大阪府医療機関情報システム医療機能情報管理委員会等と調整して決定するほか、定期的に見直しを行いますので、ご了承下さい。

－ 問合せ先 －

〒543-8935

大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号

社団法人 大阪府医師会 総務部総務課医療情報室

(大阪府医療機関情報システム係)

TEL : 06-6763-7021

【重要】
 医療法上の届出対象であり医療機関台帳システムに登録されている情報をあらかじめ印刷してあります。これらの項目の変更については、基本的に保健所への届出が必要です。
届出内容と相違がある場合には、赤字で修正して下さい。
 この修正をもって医療法上の届出とすることはできません。

背景色が の項目は、府民非公開です。

【1 連絡担当者】

記入日	年 月 日		
お名前		役職名	
連絡先電話番号	- -	連絡先FAX番号	- -
連絡先E-Mail			

※この調査票に記入していただいた内容について後日問い合わせる場合がございますので、お名前と連絡先電話番号は必ずご記入下さい。

【2 管轄保健所】

管轄保健所名	大阪市
--------	-----

【3 医療機関名称】 ※ 略称のみ府民に案内されます。

貴施設の正式名称と略称名を記載しています。誤りがある場合は、赤字で修正して下さい。

フリガナ	サンプ 診療所
正式名称 (医療法届出正式名称)	サンプル診療所
略称フリガナ	サンプ 診療所
略称名	サンプル診療所

【4 所在地】 ※ 府民に案内されます。

郵便番号	530 - 0003
------	------------

住所を記載しています。誤りがある場合は、赤字で修正して下さい。

住所	大阪市北区梅田
----	---------

【5 開設者名】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

開設者名	大阪 太郎
------	-------

【6 管理者名】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

管理者名	大阪 太郎
------	-------

【7 府民案内用電話・FAX番号】 ※ 府民に案内されます。

府民へ案内する貴施設の電話番号・FAX番号をご記入下さい。

電話番号	- -
FAX番号	- -

【8 ホームページアドレス】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

貴施設のホームページアドレスをご記入下さい。

ホームページアドレスを記入頂いた場合には、大阪府医療機関情報システムからリンクを張らせて頂きます。ただし、その内容の信頼性等について疑義が生じた場合、大阪府医療機関情報システム医療機能情報管理委員会が一定の基準に照らし合わせ審査し、是正勧告、リンク切断などの処置を講じることがあります。

ホームページアドレス	http://
------------	---------

2270000000

【9 電子メールアドレス】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

貴施設の連絡用電子メールアドレスをご記入下さい。

府民に公開し、メールにより質問等を受け付ける場合には○をつけて下さい。

電子メールアドレス	
府民に公開する	

【10 外来受付】 ※ 府民に案内されます。

外来受付を行っている曜日、時間帯について、該当する項目に○印をご記入下さい。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝祭日
午前診								
午後診								

【11 外来受付時間帯】 ※ 府民に案内されます。

外来受付時間帯を24時間表示でご記入下さい。

外来受付時間帯	午前診	時	分	～	時	分まで
	午後診	時	分	～	時	分まで

【12 外来診療特記事項】 ※ 府民に案内されます。

外来診療特記事項をご記入下さい。

--

(例)

内科診療は第2、第4金曜日は休診です。
水曜日の胃腸科の夜間は18:30～20:00までです。
土・日・祝・年末年始は休診です。

【13 標榜科目】 ※ 府民に案内されます。

医療法上届出を行っている科目を確認のため記載しています。

標榜診療科目				
内科	神経科	精神科		

【14 交通手段】 ※ 府民に案内されます。

(1) 最寄の駅からの交通手段

貴施設への交通手段を記入して下さい。(3ルートまで)

記入例	最寄りの駅を記入して下さい。			
	会社名/ 路線名	地下鉄 / 御堂筋	線	駅名 心斎橋 駅
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。 ※バスを利用する場合、以下の記入欄に行き先、下車バス停名、バス停からの所要時間等をご記入下さい。(複数記入可)			
	<input checked="" type="checkbox"/> バス	経路1	○○○行き○○○バス停下車徒歩5分	
	経路2	△△△行き○○○バス停下車徒歩5分		
	経路3	□□□行き▽▽▽バス停下車徒歩10分		
	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート1	最寄りの駅を記入して下さい。			
	会社名/ 路線名		線	駅名 駅
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート2	最寄りの駅を記入して下さい。			
	会社名/ 路線名		線	駅名 駅
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	
ルート3	最寄りの駅を記入して下さい。			
	会社名/ 路線名		線	駅名 駅
	駅からの交通手段を選んで○印をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> バス	経路1		
	経路2			
	経路3			
	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 (右詰め)	※最寄り駅からの徒歩何分をご記入下さい。	

(2) 駐車場の有無

駐車場がある場合、○印を記入し、台数をご記入下さい。

駐車場	<input type="checkbox"/>	有りの場合・・・	台数	台
-----	--------------------------	----------	----	---

(3) 交通アクセス情報

来院の際の目標物等をご記入下さい。

--

【15 予約診療】 ※ 府民に案内されます。

予約診療実施の有無について、該当する項目に○印をご記入下さい。

予約診療を実施している	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

※実施している場合、以下の該当する項目に○印をご記入下さい。

(A) 予約	1 完全実施・・・	<input type="checkbox"/>	2 一部実施・・・	<input type="checkbox"/>
(B) 状況	1 初診・再診で実施・・・	<input type="checkbox"/>	2 再診のみ実施・・・	<input type="checkbox"/>

※【7 府民案内用電話・FAX番号】とは別に予約用の電話・FAX番号等があれば記入して下さい。

予約用電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
予約用FAX番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
予約用フリーダイヤル	0	1	2	0	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

予約診療特記事項をご記入下さい。

【16 入院】

(1) 許可病床数 ※ 府民に案内されます。

許可病床数	0 床
-------	-----

(2) 入院の可否 ※ 府民に案内されます。

入院が可能な場合は、○印をご記入下さい。

入院が可能	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

(3) 面会受付時間 ※ 府民に案内されます。

面会受付時間を24時間表示でご記入下さい。

例) 平日14時～20時／休日10時～20時。

(4) 他の医療機関からの入院受け入れ ※ 医療関係者のみに案内されます。

他の医療機関からの入院受け入れが可能な項目に○印をご記入下さい。

※病床を有しない診療所は回答不要です。

1 尿道留置バルーン	<input type="checkbox"/>	2 気管切開	<input type="checkbox"/>
3 人工呼吸器使用	<input type="checkbox"/>	4 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/>
5 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	6 胃瘻経管栄養	<input type="checkbox"/>
7 人工肛門	<input type="checkbox"/>	8 MRSA陽性患者	<input type="checkbox"/>

【17-1 学会専門医等】 ※ 広告可能な専門医のみ府民に案内されます。

貴施設に以下の学会が認定した専門医等がある場合に、医師名と該当する番号をご記入下さい。

※日本専門医認定制機構に加盟している学会に限定しています。

※厚生労働省が平成17年7月末日時点までに「広告可能な専門医」として定めているものには、*印を表示しています。

厚生労働省が広告可能にした時点で、府民公開の対象とします。

学会名	認定医・専門医資格等			
日本内科学会	1	認定内科医	* 2	内科専門医
日本小児科学会	* 3	小児科専門医		
日本皮膚科学会	* 4	皮膚科専門医		
日本外科学会	5	日本外科学会認定医	* 6	外科専門医
日本整形外科学会	* 8	整形外科専門医		
日本産科婦人科学会	* 9	産婦人科専門医		
日本眼科学会	* 10	眼科専門医		
日本耳鼻咽喉科学会	* 11	耳鼻咽喉科専門医		
日本泌尿器科学会	* 12	泌尿器科専門医	13	日本泌尿器科学会指導医
日本脳神経外科学会	* 14	脳神経外科専門医		
日本医学放射線学会	* 15	放射線科専門医		
日本麻酔科学会	* 16	麻酔科専門医(指導医)	17	麻酔科標榜医
日本病理学会	* 18	病理専門医		
日本臨床検査医学会	19	臨床検査専門医		
日本消化器病学会	* 20	消化器病専門医		
日本循環器学会	* 21	循環器専門医		
日本呼吸器学会	* 22	呼吸器専門医		
日本血液学会	* 23	血液専門医	24	日本血液学会指導医
日本内分泌学会	* 25	内分泌代謝科専門医(内科)	* 26	内分泌代謝科専門医(小児科)
日本糖尿病学会	* 27	糖尿病専門医	28	日本糖尿病学会研修指導医
日本腎臓学会	* 29	腎臓専門医		
日本肝臓学会	* 30	肝臓専門医		
日本アレルギー学会	31	日本アレルギー学会認定医	32	日本アレルギー学会認定専門医
日本感染症学会	* 34	感染症専門医		
日本老年医学会	* 35	老年病専門医		
日本消化器外科学会	36	日本消化器外科学会認定医	* 37	消化器外科専門医
日本胸部外科学会	39	日本胸部外科学会認定医	40	日本胸部外科学会指導医
	* 71	呼吸器外科専門医		
日本呼吸器外科学会	* 41	日本呼吸器外科学会専門医		
日本小児外科学会	* 42	小児外科専門医	43	日本小児外科学会指導医
日本神経学会	* 44	神経内科専門医		
日本小児神経学会	45	日本小児神経学会専門医		
日本形成外科学会	* 46	形成外科専門医		
日本大腸肛門病学会	47	日本大腸肛門病学会専門医	48	日本大腸肛門病学会指導医
日本リハビリテーション医学会	49	認定臨床医	* 50	リハビリテーション科専門医
日本救急医学会	* 51	救急科専門医	52	日本救急医学会指導医
日本超音波医学会	* 53	超音波専門医	54	日本超音波医学会指導医
日本核医学会	55	核医学認定医(専門医)		
日本消化器内視鏡学会	* 56	消化器内視鏡専門医	57	日本消化器内視鏡学会認定専門医
日本リウマチ学会	* 59	リウマチ専門医	60	日本リウマチ学会指導医
日本東洋医学会	61	日本東洋医学会認定専門医		
日本人類遺伝学会	62	臨床遺伝学認定医		
日本産業衛生学会	63	日本産業衛生学会専門医	64	日本産業衛生学会指導医
日本血管外科学会	* 66	日本血管外科学会心臓血管外科専門医		
日本心臓血管外科学会	* 67	日本心臓血管外科学会心臓血管外科専門医		
日本透析医学会	* 68	透析専門医		
日本臨床細胞学会	* 69	細胞診専門医		
日本乳癌学会	* 70	乳腺専門医		
				33 日本アレルギー学会認定指導医
				38 日本消化器外科学会指導医
				* 65 日本胸部外科学会心臓血管外科専門医
				58 日本消化器内視鏡学会指導医

記入例

星野医師が日本内科学会・認定内科医、
日本血液学会・血液専門医である場合

勤務医師名	上記の認定医・専門医資格等の横についている番号										
星野 太郎	1	23									

勤務医師名	上記の認定医・専門医資格等の横についている番号(1~71)									

勤務医師名の外字につきましては、システムの関係により登録できませんので、
表現できない場合があります。

【17-2 その他の認定医】 ※ 府民に案内されます。

以下の項目に関して、該当する項目に○印をご記入下さい。

- 1 日本医師会認定産業医 2 日本医師会認定健康スポーツ医 . . .
 3 大阪府医師会指定学校医

【17-3 その他の履修状況】 ※ 府民に案内されます。

以下の項目に関して、該当する項目に○印をご記入下さい。

- 1 日本医師会生涯研修システム修了 . . . 2 日本医師会生涯研修システム認定 . . .
 3 大阪府医師会生涯研修システム履修 . .

【18 医療保険や公費負担】 ※ 府民に案内されます。

医療保険・公費負担に関して、該当する項目に○印をご記入下さい。
 (診療報酬上、貴医療機関が適用されている項目をご記入下さい。)

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1 保険医療機関 | <input type="checkbox"/> | 2 労災保険指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> |
| 3 母体保護法指定医 | <input type="checkbox"/> | 4 精神保健指定医 | <input type="checkbox"/> |
| 5 生活保護指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> | 6 更生医療指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> |
| 7 結核予防法指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> | 8 養育医療指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> |
| 9 育成医療指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> | 10 原爆被爆者医療指定病院・診療所 | <input type="checkbox"/> |
| 11 原爆被爆者一般疾病医療取扱病院・診療所 | <input type="checkbox"/> | | |

【19 一般設備機器診断機器等】 ※ 医療関係者にのみ案内されます。

保有されている一般設備機器診断機器等に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1 MRI装置 | <input type="checkbox"/> | 2 超音波診断装置(心臓) | <input type="checkbox"/> |
| 3 超音波診断装置(腹部) | <input type="checkbox"/> | 4 超音波診断装置(婦人科) | <input type="checkbox"/> |
| 5 上部消化管内視鏡 | <input type="checkbox"/> | 6 下部消化管内視鏡 | <input type="checkbox"/> |
| 7 超音波内視鏡 | <input type="checkbox"/> | 8 気管支内視鏡 | <input type="checkbox"/> |
| 9 耳鼻咽喉科内視鏡 | <input type="checkbox"/> | 10 婦人科内視鏡 | <input type="checkbox"/> |
| 11 泌尿器科内視鏡 | <input type="checkbox"/> | 12 関節内視鏡 | <input type="checkbox"/> |
| 13 生体情報監視装置 | <input type="checkbox"/> | 14 解析型心電計 | <input type="checkbox"/> |
| 15 長時間心電図分析装置 | <input type="checkbox"/> | 16 運動負荷心電図検査装置 | <input type="checkbox"/> |
| 17 呼吸機能検査装置 | <input type="checkbox"/> | 18 分娩監視装置 | <input type="checkbox"/> |
| 19 脳波計 | <input type="checkbox"/> | 20 誘発電位測定装置 | <input type="checkbox"/> |
| 21 サーモグラフィ | <input type="checkbox"/> | 22 蛍光眼底カメラ | <input type="checkbox"/> |
| 23 レーザー光凝固装置 | <input type="checkbox"/> | 24 スリット顕微鏡 | <input type="checkbox"/> |
| 25 自動視野計 | <input type="checkbox"/> | 26 眼圧計 | <input type="checkbox"/> |
| 27 インピーダンスオージオメータ | <input type="checkbox"/> | 28 下顎運動解析診断装置 | <input type="checkbox"/> |
| 29 血液ガス分析装置 | <input type="checkbox"/> | 30 自動血球計数装置 | <input type="checkbox"/> |
| 31 自動生化学分析装置 | <input type="checkbox"/> | 32 自動電解質分析装置 | <input type="checkbox"/> |
| 33 自動細菌検査装置 | <input type="checkbox"/> | 34 COオキシメータ | <input type="checkbox"/> |
| 35 毒物分析装置 | <input type="checkbox"/> | 36 人工透析機器 | <input type="checkbox"/> |
| 37 蘇生(挿管)セット | <input type="checkbox"/> | 38 自動体外式除細動器(AED) | <input type="checkbox"/> |

【20 放射線関連】 ※ 医療関係者にのみ案内されます。

保有されている放射線関連装置・器具・機器に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 X線直接撮影装置 | <input type="checkbox"/> | 2 X線間接撮影装置 | <input type="checkbox"/> |
| 3 X線断層撮影装置 | <input type="checkbox"/> | 4 X線TV装置 | <input type="checkbox"/> |
| 5 X線CT装置 | <input type="checkbox"/> | 6 血管造影撮影装置（アンギオ） | <input type="checkbox"/> |
| 7 マンモグラフィ | <input type="checkbox"/> | 8 外科用イメージ | <input type="checkbox"/> |
| 9 移動型X線装置（ポータブル） | <input type="checkbox"/> | 10 コンピューテッドラジオグラフィ（CR） | <input type="checkbox"/> |
| 11 X線表在治療装置 | <input type="checkbox"/> | 12 X線骨塩量測定装置（骨密度測定） | <input type="checkbox"/> |

【21 予防接種等】 ※ 府民に案内されます。

(1) 予防接種実施の有無

予防接種を実施している	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

(2) 予約の要否

予約が必要	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

(3) 実施項目

実施している場合、対応可能な予防接種に○印をご記入ください。

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1 ポリオ | <input type="checkbox"/> | 2 ジフテリア | <input type="checkbox"/> |
| 3 破傷風 | <input type="checkbox"/> | 4 三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風） | <input type="checkbox"/> |
| 5 二種混合（ジフテリア、破傷風） | <input type="checkbox"/> | 6 麻疹 | <input type="checkbox"/> |
| 7 風疹 | <input type="checkbox"/> | 8 ムンプス（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> |
| 9 水痘（みずぼうそう） | <input type="checkbox"/> | 10 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> |
| 11 インフルエンザ | <input type="checkbox"/> | 12 BCG | <input type="checkbox"/> |
| 13 B型肝炎 | <input type="checkbox"/> | 14 A型肝炎 | <input type="checkbox"/> |
| 15 マラリア | <input type="checkbox"/> | 16 コレラ | <input type="checkbox"/> |
| 17 狂犬病 | <input type="checkbox"/> | | |

※ホームページに公開する際には、“市町村、医療機関ごとに費用が異なるため個別に確認頂きたい”旨の断りを入れる予定です。

【22 日帰り手術（短期滞在手術）】 ※ 府民に案内されます。

(1) 日帰り手術実施の有無

日帰り手術を実施している	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

(2) 実施項目

実施している場合は、対応可能な日帰り手術に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 1 皮膚、皮下腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> | 2 腋臭症手術 | <input type="checkbox"/> |
| 3 半月板切除術 | <input type="checkbox"/> | 4 手根管開放術 | <input type="checkbox"/> |
| 5 白内障手術 | <input type="checkbox"/> | 6 気管支狭窄拡張術 | <input type="checkbox"/> |
| 7 気管支腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> | 8 ヘルニア手術（鼠径ヘルニア） | <input type="checkbox"/> |
| 9 内視鏡的胃・十二指腸ポリープ切除術 | <input type="checkbox"/> | 10 内視鏡的結腸ポリープ切除術 | <input type="checkbox"/> |
| 11 経尿道的レーザー前立腺切除術 | <input type="checkbox"/> | | |

【23 1泊2日入院の手術】 ※ 府民に案内されます。

※病床を有しない診療所は回答不要です。

(1) 1泊2日入院の手術実施の有無

1泊2日入院の手術を実施している	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

(2) 実施項目

実施している場合は、対応可能な1泊2日の手術に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1 関節鼠摘出術 | <input type="checkbox"/> | 2 半月板縫合術 | <input type="checkbox"/> |
| 3 靭帯断裂縫合術 | <input type="checkbox"/> | 4 胸腔鏡下交感神経節切除術 | <input type="checkbox"/> |
| 5 顎下腺腫瘍切除術 | <input type="checkbox"/> | 6 甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> |
| 7 下肢静脈瘤手術 | <input type="checkbox"/> | 8 腹腔鏡下胆嚢摘出術 | <input type="checkbox"/> |
| 9 腹腔鏡下虫垂切除術 | <input type="checkbox"/> | 10 痔核手術 | <input type="checkbox"/> |
| 11 尿失禁手術 | <input type="checkbox"/> | 12 子宮頸部円錐切除術 | <input type="checkbox"/> |
| 13 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 | <input type="checkbox"/> | 14 子宮附属器腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> |

【24 リハビリ関連】 ※ 医療関係者のみに案内されます。

リハビリ関連項目について、ご記入下さい。

(1) リハビリテーションの実施の有無

リハビリテーションを実施している	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

実施している場合は、以下の(2)～(3)について該当する項目に○印をご記入下さい。

(2) 実施項目

1 総合リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	2 理学療法 I	<input type="checkbox"/>
3 理学療法 II	<input type="checkbox"/>	4 理学療法 III	<input type="checkbox"/>
5 作業療法 I	<input type="checkbox"/>	6 作業療法 II	<input type="checkbox"/>
7 難病患者リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	8 言語聴覚療法	<input type="checkbox"/>
9 摂食機能療法	<input type="checkbox"/>	10 視能訓練	<input type="checkbox"/>
11 老人理学療法 I	<input type="checkbox"/>	12 老人理学療法 II	<input type="checkbox"/>
13 老人理学療法 III	<input type="checkbox"/>	14 老人作業療法 I	<input type="checkbox"/>
15 老人作業療法 II	<input type="checkbox"/>		

(3) その他

1 脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	2 進行性筋疾患	<input type="checkbox"/>
3 高位頸髄損傷	<input type="checkbox"/>	4 頭部外傷	<input type="checkbox"/>
5 重度心不全によるQOL低下	<input type="checkbox"/>	6 理学療法士の有無	<input type="checkbox"/>
7 作業療法士の有無	<input type="checkbox"/>	8 言語聴覚士の有無	<input type="checkbox"/>

【25 精神科専門療法】 ※ 府民に案内されます。

(1) 精神科専門療法実施の有無

精神科専門療法を実施している	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

(2) 実施項目

実施している場合は、対応可能な精神科専門療法に○印をご記入下さい。

1 通院精神療法	<input type="checkbox"/>	2 標準型精神分析療法	<input type="checkbox"/>
3 心身医学療法	<input type="checkbox"/>	4 精神科作業療法	<input type="checkbox"/>
5 精神科デイ・ケア	<input type="checkbox"/>	6 精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>
7 精神科訪問看護・指導	<input type="checkbox"/>	8 痴呆患者在宅療養指導管理	<input type="checkbox"/>
9 重度痴呆患者デイ・ケア	<input type="checkbox"/>		

【26 人間ドック】 ※ 府民に案内されます。

人間ドックの実施状況について、該当する項目に○印をご記入下さい。

(1) 人間ドック実施の有無

人間ドックを実施している	
--------------	--

(2) 検査可能項目

項目	日帰り	1泊2日	項目	日帰り	1泊2日
1 脳検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 身体測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 眼底検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 聴力検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 尿検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 血圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 肺機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 大腸内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 胸部X線検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 上部消化管X線造影検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 大腸X線造影検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 便検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 心エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 腹部エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 子宮頸癌・体癌検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 乳癌検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 前立腺癌検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 金額（消費税込み、最低金額をご記入下さい）

1 日帰り・・・ 円より

2 1泊2日・・・ 円より

(4) 実施日

1 月曜日・ 2 火曜日・ 3 水曜日・ 4 木曜日・ 5 金曜日・

6 土曜日・ 7 日曜日・ 8 祝祭日・

【27 在宅診療】 ※ 府民に案内されます。

(1) 在宅診療実施の有無

在宅診療を実施している	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

(2) 実施項目

実施している場合は、在宅診療時に対応可能な項目に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1 往診
(患者の求めに応じて赴き診療を行うこと) | <input type="checkbox"/> | 2 訪問診療
(定期・計画的に赴き診療を行うこと) . . . | <input type="checkbox"/> |
| 3 点滴の管理 | <input type="checkbox"/> | 4 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> |
| 5 在宅酸素療法 | <input type="checkbox"/> | 6 経管栄養 | <input type="checkbox"/> |
| 7 胃瘻の管理 | <input type="checkbox"/> | 8 疼痛の管理 | <input type="checkbox"/> |
| 9 褥瘡の管理 | <input type="checkbox"/> | 10 人工肛門の管理 | <input type="checkbox"/> |
| 11 人工膀胱の管理 | <input type="checkbox"/> | 12 人工呼吸器の管理 | <input type="checkbox"/> |
| 13 尿道カテーテルの管理 | <input type="checkbox"/> | 14 気管切開部の処置 | <input type="checkbox"/> |
| 15 癌末期患者への訪問診療等
(在宅末期医療総合診療料届出済み) | <input type="checkbox"/> | 16 自己注射の指導管理 | <input type="checkbox"/> |
| 17 自己腹膜透析 (CAPD) の管理 | <input type="checkbox"/> | 18 在宅血液透析の管理 | <input type="checkbox"/> |
| 19 持続陽圧呼吸療法の管理 | <input type="checkbox"/> | 20 在宅訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> |
| 21 医療保険による訪問看護 | <input type="checkbox"/> | 22 管理栄養士派遣による栄養指導 | <input type="checkbox"/> |
| 23 薬剤師派遣による服薬指導 | <input type="checkbox"/> | | |

【28 介護保険関連】 ※ 府民に案内されます。

提供している内容について、該当する項目に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> | 2 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> |
| 3 (介護保険による) 訪問看護 | <input type="checkbox"/> | 4 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> |
| 5 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | 6 介護療養施設サービス | <input type="checkbox"/> |
| 7 短期入所療養介護 (ショートステイ) | <input type="checkbox"/> | 8 居宅介護支援事業 (ケアマネジメント) | <input type="checkbox"/> |

【29 関連施設等】 ※ 府民に案内されます。

同一法人で所持している府内の施設について、該当する項目に○印を御記入下さい。

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> | 2 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> |
| 3 訪問介護ステーション | <input type="checkbox"/> | 4 在宅介護支援センター | <input type="checkbox"/> |
| 5 ケアハウス | <input type="checkbox"/> | | |

【30 その他】 ※ 府民に案内されます。

下記の項目で対応可能・該当する項目に○印をご記入ください。

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1 院外処方 | <input type="checkbox"/> | 2 診療情報の開示 | <input type="checkbox"/> |
| 3 手話による対応の可否 | <input type="checkbox"/> | 4 視覚障害者に対する配慮の有無 | <input type="checkbox"/> |
| 5 バリアフリー | <input type="checkbox"/> | 6 同伴児童の一時預かり | <input type="checkbox"/> |
| 7 女性医師による診察 | <input type="checkbox"/> | 8 かかりつけ患者に対する時間外診療の実施 | <input type="checkbox"/> |
| 9 かかりつけ患者に対する電話相談（昼間） | <input type="checkbox"/> | 10 かかりつけ患者に対する電話相談（夜間） | <input type="checkbox"/> |
| 11 禁煙指導（個別） | <input type="checkbox"/> | 12 禁煙指導（グループ） | <input type="checkbox"/> |
| 13 ニコチン代替療法 | <input type="checkbox"/> | 14 セカンドオピニオン受付 | <input type="checkbox"/> |

【31 外国語対応】 ※ 府民に案内されます。

対応可能な外国語とレベルについて該当する項目に○印をご記入下さい。

大阪府の人口割合から想定される上位10言語を調査します。

言語	対応レベル ※対応できない言語は、記入する必要はありません。		
英語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
朝鮮語・韓国語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
中国語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
フランス語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
ドイツ語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
イタリア語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
スペイン語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
ポルトガル語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
ロシア語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>
インドネシア語	母国語なみ . . . <input type="checkbox"/>	日常会話程度 . . . <input type="checkbox"/>	片言 . . . <input type="checkbox"/>

【32 難病（45疾患群）】 ※ 府民に案内されます。

医療連携において対応可能な難病に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 ベーチェット病（01） | <input type="checkbox"/> | 2 多発性硬化症（02） | <input type="checkbox"/> |
| 3 重症筋無力症（03） | <input type="checkbox"/> | 4 全身性エリテマトーデス（04） | <input type="checkbox"/> |
| 5 スモン（05） | <input type="checkbox"/> | 6 再生不良性貧血（06） | <input type="checkbox"/> |
| 7 サルコイドーシス（07） | <input type="checkbox"/> | 8 筋萎縮性側索硬化症（08） | <input type="checkbox"/> |
| 9 強皮症・皮膚筋炎・多発性筋炎（09） | <input type="checkbox"/> | 10 特発性血小板減少性紫斑病（10） | <input type="checkbox"/> |
| 11 結節性動脈周囲炎（11） | <input type="checkbox"/> | 12 潰瘍性大腸炎（12） | <input type="checkbox"/> |
| 13 大動脈炎症候群（13） | <input type="checkbox"/> | 14 ビュルガー病（14） | <input type="checkbox"/> |
| 15 天疱瘡（15） | <input type="checkbox"/> | 16 脊髄小脳変性症（16） | <input type="checkbox"/> |
| 17 クロウン病（17） | <input type="checkbox"/> | 18 劇症肝炎（難治性肝炎）（18） | <input type="checkbox"/> |
| 19 悪性関節リウマチ（19） | <input type="checkbox"/> | 20 パーキンソン病関連疾患（20） | <input type="checkbox"/> |
| 21 アミロイドーシス（21） | <input type="checkbox"/> | 22 後縦靭帯骨化症（22） | <input type="checkbox"/> |
| 23 ハンチントン病（23） | <input type="checkbox"/> | 24 もやもや病
（ウイルス動脈輪閉塞症）（24） | <input type="checkbox"/> |
| 25 ウェゲナー肉芽腫症（25） | <input type="checkbox"/> | 26 特発性拡張型
（うっ血型）心筋症（26） | <input type="checkbox"/> |
| 27 多系統萎縮症（27） | <input type="checkbox"/> | 28 表皮水疱症
（接合部型・栄養障害型）（28） | <input type="checkbox"/> |
| 29 膿疱性乾癬（29） | <input type="checkbox"/> | 30 広範脊柱管狭窄症（30） | <input type="checkbox"/> |
| 31 原発性胆汁性肝硬変（症候性）（31） | <input type="checkbox"/> | 32 重症急性膵炎（32） | <input type="checkbox"/> |
| 33 特発性大腿骨頭壊死（33） | <input type="checkbox"/> | 34 混合性結合組織病（34） | <input type="checkbox"/> |
| 35 原発性免疫不全症候群（35） | <input type="checkbox"/> | 36 特発性間質性肺炎（36） | <input type="checkbox"/> |
| 37 網膜色素変性症（37） | <input type="checkbox"/> | 38 プリオン病（38） | <input type="checkbox"/> |
| 39 原発性肺高血圧症（39） | <input type="checkbox"/> | 40 神経線維腫症（40） | <input type="checkbox"/> |
| 41 亜急性硬化性全脳炎（41） | <input type="checkbox"/> | 42 バッド・キアリ症候群（42） | <input type="checkbox"/> |
| 43 特発性慢性肺血栓栓症（43） | <input type="checkbox"/> | 44 ライソゾーム病
（ファブリティ病含む）（44） | <input type="checkbox"/> |
| 45 副腎白質ジストロフィー（45） | <input type="checkbox"/> | | |

【33 大阪府指定疾患】 ※ 府民に案内されます。

対応可能な疾患に○印をご記入下さい。

- | | | | |
|------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 1 蛋白漏出性胃腸症 | <input type="checkbox"/> | 2 肺繊維症 | <input type="checkbox"/> |
| 3 悪性腎硬化症 | <input type="checkbox"/> | | |

**** ご協力ありがとうございました ****

ご記入後、同封の封筒に入れて平成17年 9月26日までに必着となるようにご送付お願いします。

<<返送先>>

〒543-8935

大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号

社団法人 大阪府医師会 総務部総務課医療情報室

(大阪府医療機関情報システム係)

ご記入頂いた項目は、情報が登録された後インターネットを通じ、大阪府医療機関情報システムのホームページから、内容を変更することが可能です。(一部情報を除く)

これらの情報は医療関係者による医療連携のため使用されます。また、この一部は、インターネットなどにより府民に情報提供されます。

アンケートに回答頂いた診療所には、機関コードとパスワードを発給いたします。

—大阪府医療機関情報システムホームページ—

<http://www.mfis.pref.osaka.jp/>