

1. 基礎項目

※必要事項を記入してください。

| | | | |
|------|-----------------------|------|------------------|
| 記入者名 | 所属部署名 氏名 事務部 石本 達哉 | 電話番号 | 011 - 784 - 1121 |
|------|-----------------------|------|------------------|

※調査票の記載内容に関する確認が必要となった場合に窓口として対応していただける方の所属、氏名、電話番号を記入してください。

| | | |
|---------|------------|-----------------------|
| 医療機関名称 | フリガナ | |
| | 正式名称 | 医療法人社団豊生会 東苗穂病院 |
| | 英語（ローマ字）表記 | Higashinaebo Hospital |
| 医療機関所在地 | 住所 | 札幌市東区東苗穂3条1丁目2-18 |

併設している介護関係施設等

※それぞれの施設類型ごとに併設施設がある場合に「1」を記入願います。

| 介護関係施設等 | 併設有の場合 「1」を記入 | 介護関係施設等 | 併設有の場合 「1」を記入 |
|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| 介護老人福祉施設 | | (介護予防) 短期入所生活介護事業所 | |
| 介護老人保健施設 | 1 | (介護予防) 短期入所療養介護事業所 | 1 |
| 居宅介護支援事業所 | | (介護予防) 特定施設（有料老人ホーム等） | |
| 介護予防支援事業所 | | (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 | |
| 老人介護支援センター | | (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所 | |
| (介護予防) 訪問看護ステーション | | (介護予防) 認知症対応型グループホーム | |
| (介護予防) 通所介護事業所 | | 地域密着型特定施設（有料老人ホーム等） | |
| (介護予防) 通所リハビリテーション事業所 | 1 | 地域密着型介護老人福祉施設 | |

※併設～通常一体とみなせる範囲であり、施設がつながっているもの、同一敷地内に所在するものとします。（一体性があれば、道路をはさんでも併設とします。）

2. 標榜科目、病床数

貴院の診療科目（標榜科目）、

科目ごとの医師数・歯科医師数についてお答え下さい。

※標榜科目であるが、外来診療を受け付けていない場合は「外来不可」欄に「1」を記入してください。

※入院患者を受け入れられる科目については、「入院受入」欄に「1」を記入してください。

※科目ごとの医師数・歯科医師数については、一人の医師・歯科医師が複数の診療科を兼任している場合は、主な診療科について左欄に、従たる診療科について右欄に計上してください。

※各科の医師数の合計が医師総数に一致します。

※歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科については、歯科医師数を記入願います。

| 科目名 | 標榜有の場合 「1」を記入 | 外来不可 | 入院受入 | 医師数 | | 科目名 | 標榜有の場合 「1」を記入 | 外来不可 | 入院受入 | 医師数 | |
|--------|------------------|------|------|-----------------------|------------------------|-----|------------------|------|------|-----------------------|------------------------|
| | | | | 主な診療科とする医師数 (常勤換算) | 従たる診療科とする医師数 (常勤換算) | | | | | 主な診療科とする医師数 (常勤換算) | 従たる診療科とする医師数 (常勤換算) |
| 内科 | 1 | | | 1 | 1.1 | 2 | 眼科 | | | | |
| 消化器科 | 1 | | | 1 | 1.1 | | 耳鼻咽喉科 | | | | |
| 胃腸科 | | | | | | | 気管食道科 | | | | |
| 循環器科 | 1 | | | 1 | 3.1 | | 皮膚科 | | | | |
| 呼吸器科 | 1 | | | 1 | | 0.8 | 泌尿器科 | | | | |
| 心療内科 | | | | | | | 性病科 | | | | |
| 神経科 | | | | | | | 産科 | | | | |
| 神経内科 | | | | | | | 婦人科 | | | | |
| 精神科 | | | | | | | 肛門科 | | | | |
| 小児科 | | | | | | | 放射線科 | | | | |
| 外科 | | | | | | | 麻酔科 | | | | |
| 呼吸器外科 | | | | | | | アレルギー科 | | | | |
| 心臓血管外科 | | | | | | | リウマチ科 | | | | |
| 脳神経外科 | | | | | | | リハビリテーション科 | 1 | | 1 | 0.9 |
| 整形外科 | | | | | | | 歯科 | | | | 0.2 |
| 形成外科 | | | | | | | 歯科口腔外科 | | | | |
| 美容外科 | | | | | | | 小児歯科 | | | | |
| 小児外科 | | | | | | | 矯正歯科 | | | | |
| 医師総数 | | | 6.2 | 3 | 歯科医師総数 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|-----|---|------------|----|-------------|-----|-------------------|---|----|
| 病床種別及び届出・許可病床数 精神 | 総病床数 精神 | 161 | 床 | (一般 結核) | 58 | 床 療養 感染症 | 103 | 床 (うち介護保険適用 床) | 0 | 床) |
| | | | 床 | | | | | | | |

3. 人員体制等

※職種毎に常勤換算後の人数を記入して下さい。

| 職種 | 常勤換算 人数 | 医療従事者の人員配置 | 常勤換算 人数 | 医療従事者の人員配置 | 常勤換算 人数 |
|-----------------|--------------|---|------------|-------------|------------|
| 看護師 | 53.7 | 診療放射線技師 | 3 | はり師 | |
| 准看護師 | 29.8 | 診療エックス線技師 | | きゅう師 | |
| 助産師 | | 歯科衛生士 | | 義肢装具士 | |
| 保健師 | | 歯科技工士 | | 管理栄養士 | 2 |
| 薬剤師 | 4.7 | 臨床検査技師 | 1 | 精神保健福祉士 | |
| 理学療法士 | 9 | 衛生検査技師 | | 医療ソーシャルワーカー | 3 |
| 作業療法士 | 7 | 臨床工学技士 | 4 | 臨床心理技術者 | |
| 視能訓練士 | | あん摩マッサージ指圧師 | | 保育士 | 5 |
| 言語聴覚士 | 4 | 柔道整復師 | | その他 | 57.8 |
| 看護配置 (入院基本料) | 病床別の 看護配置 | 一般 (10 : 1) 療養 (20 : 1) (うち介護保険適用 (: 1)) 精神 (: 1) 結核 (: 1) 感染症 (: 1) | | | |

※看護配置については、算定している入院基本料の区分により記入願います。

| | |
|--------------------------------|--|
| 医療安全対策加算の届出（届出有りの場合、右欄に「1」を記入） | |
|--------------------------------|--|

4. 学会認定医・専門医

*広告可能な専門医に関し、常勤医師については人数を、非常勤医師については当該専門医の勤務がある場合「1」を記入して下さい。

| 学会認定医・専門医 | 常勤 (人) | 非常勤 (有無) | 学会認定医・専門医 | 常勤 (人) | 非常勤 (有無) |
|------------------------------|-----------|-------------|------------------------------------|-----------|-------------|
| 整形外科専門医 ((社) 日本整形外科学会) | | | 細胞診専門医 (特定非営利活動法人日本臨床細胞学会) | | |
| 皮膚科専門医 ((社) 日本皮膚科学会) | | | 透析専門医 ((社) 日本透析医学会) | | |
| 麻酔科専門医 ((社) 日本麻酔科学会) | | | 脳神経外科専門医 ((社) 日本脳神経外科学会) | | |
| 放射線科専門医 ((社) 日本放射線学会) | | | リハビリテーション科専門医 ((社) 日本リハビリテーション医学会) | | |
| 眼科専門医 ((財) 日本眼科学会) | | | 老年病専門医 ((社) 日本老年医学会) | | |
| 産婦人科専門医 ((社) 日本産科婦人科学会) | | | 心臓血管外科専門医 (特定非営利活動法人日本胸部外科学会) | 1 | |
| 耳鼻咽喉科専門医 ((社) 日本耳鼻咽喉科学会) | | | 心臓血管外科専門医 (特定非営利活動法人日本血管外科学会) | | |
| 泌尿器科専門医 ((社) 日本泌尿器科学会) | | | 心臓血管外科専門医 (特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会) | | |
| 形成外科専門医 ((社) 日本形成外科学会) | | | 呼吸器外科専門医 (特定非営利活動法人日本胸部外科学会) | | |
| 病理専門医 ((社) 日本病理学会) | | | 呼吸器外科専門医 (特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会) | | |
| 内科専門医 ((社) 日本内科学会) | 1 | | 消化器内視鏡専門医 ((社) 日本消化器内視鏡学会) | 1 | |
| 外科専門医 ((社) 日本外科学会) | | 1 | 小児外科専門医 (特定非営利活動法人日本小児外科学会) | | |
| 糖尿病専門医 ((社) 日本糖尿病学会) | | | 神経内科専門医 (有限責任中間法人日本神経学会) | | |
| 肝臓専門医 ((社) 日本肝臓学会) | | | リウマチ専門医 (有限責任中間法人日本リウマチ学会) | | |
| 感染症専門医 ((社) 日本感染症学会) | | | 歯周病専門医 (特定非営利活動法人日本歯周病学会) | | |
| 救急科専門医 (有限責任中間法人日本救急医学会) | 1 | | 乳腺専門医 (有限責任中間法人日本乳癌学会) | | |
| 血液専門医 ((社) 日本血液学会) | | | 臨床遺伝専門医 (有限責任中間法人日本人類遺伝学会) | | |
| 循環器専門医 ((社) 日本循環器学会) | 1 | 1 | 漢方専門医 ((社) 日本東洋医学会) | | |
| 呼吸器専門医 ((社) 日本呼吸器学会) | 1 | | レーザー専門医 (特定非営利活動法人日本レーザー医学会) | | |
| 消化器病専門医 ((財) 日本消化器病学会) | 1 | | 気管支鏡専門医 (特定非営利活動法人日本呼吸器内視鏡学会) | | |
| 腎臓専門医 ((社) 日本腎臓学会) | | | 歯科麻酔専門医 (有限責任中間法人日本歯科麻酔学会) | | |
| 小児科専門医 ((社) 日本小児科学会) | | | 小児歯科専門医 (有限責任中間法人日本小児歯科学会) | | |
| 口腔外科専門医 ((社) 日本口腔外科学会) | | | アレルギー専門医 ((社) 日本アレルギー学会) | | |
| 内分泌代謝科専門医 ((社) 日本内分泌学会) | | | 核医学専門医 (有限責任中間法人日本核医学会) | | |
| 消化器外科専門医 (有限責任中間法人日本消化器外科学会) | | | 気管食道科専門医 (特定非営利活動法人日本気管食道科学会) | | |
| 超音波専門医 ((社) 日本超音波医学会) | | | | | |

5. 保有する施設及び設備機器情報

①施設設備

(ICU、SCU、広範囲熱傷集中治療室については、厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものを記載してください。CCUについては、ICUのうち専ら心疾患患者に対応しているものについて記載してください。)

| 施設名 | 有の場合 「1」を 記入 | 数量 | 施設名 | 有の場合 「1」を 記入 | 数量 |
|--------------------|--------------------|----|--------------|--------------------|----------------|
| 集中治療室（ICU）（CCUを除く） | | 床 | 無菌治療室 | | 床 |
| 冠疾患専用集中治療室（CCU） | | 床 | 機能訓練室 | 1 | m ² |
| 脳卒中専用集中治療室（SCU） | | 床 | 精神科保護室 | | 床 |
| 呼吸器疾患専用集中治療室（RCU） | | 床 | 病理解剖室 | | — |
| 新生児用集中治療室（NICU） | | 床 | 高圧酸素治療室 | | 室 |
| 母体胎児集中治療室（MFICU） | | 床 | 患者搬送車（病院救急車） | 1 | 台 |
| 広範囲熱傷集中治療室 | | 床 | 新生児搬送車 | | 台 |
| 手術室 | | 室 | | | |

②診断及び治療機器

（保有している場合は「1」を、外部委託しており病院機能として対応可能である場合は「2」を記入してください）

| | 記入欄 | | 記入欄 | | 記入欄 |
|----------------------------|-----|--------------------|-----|---------------|-----|
| MR I（核磁気共鳴断層撮影装置）：1.5テスラ以上 | | 眼底カメラ | 1 | 血液透析装置 | 1 |
| MR I（核磁気共鳴断層撮影装置）：その他 | | 上部消化管内視鏡 | 1 | 重心動搖計 | |
| 超音波診断装置（心臓） | 1 | 心電図計 | 1 | 硝子体手術装置 | |
| 超音波診断装置（腹部） | 1 | 下部消化管内視鏡 | 1 | ERG測定装置 | |
| 超音波診断装置（婦人科） | 1 | レーザー光凝固装置 | | IABP駆動装置 | |
| 超音波診断装置（泌尿器科） | 1 | 脳波計 | | エルゴメーター運動負荷装置 | |
| 超音波診断装置（体表臓器） | 1 | アルゴンレーザー光凝固装置 | | 加速度脈波計 | |
| 超音波内視鏡 | | ホルター心電図計 | 1 | 気管支内視鏡 | 1 |
| 腹腔鏡 | | 血圧脈波検査装置（PWV及びABI） | 1 | 超音波診断装置（頸動脈） | 1 |
| 耳鼻咽喉科内視鏡 | | HbA1c測定器（HPLC法） | 1 | 経鼻内視鏡 | 1 |
| 婦人科内視鏡 | | 尿分析装置 | 1 | その他（ ） | |
| 泌尿器科内視鏡 | | 脈波測定装置（指尖脈波） | 1 | その他（ ） | |
| 生体情報監視装置 | 1 | コルボスコープ | | その他（ ） | |
| 分娩監視装置 | | トレッドミル | | その他（ ） | |
| 視野計 | | 肺機能測定装置（スピロメーター） | 1 | その他（ ） | |

③放射線関連機器

(保有している場合は「1」を、外部委託しており病院機能として対応可能である場合は「2」を記入してください)

○X線装置

| | 記入欄 | | 記入欄 | | 記入欄 |
|----------|-----|-----------------|-----|----------------------|-----|
| 一般X線撮影装置 | 1 | マルチスライスCT（MDCT） | | コンピューテッドラジオグラフィー（CR） | 1 |
| X線間接撮影装置 | | 血管造影撮影装置（アンギオ） | 1 | マンモグラフィー | |
| X線断層撮影装置 | | 外科用イメージ | | DR装置（デジタルラジオグラフィー） | 1 |
| X線TV装置 | 1 | 移動用X線装置（ポータブル） | 1 | その他（ ） | |
| X線CT装置 | 1 | 位置決め装置（シミュレータ） | | その他（ ） | |

○診療用高エネルギー放射線発生装置

| | 記入欄 | | 記入欄 | | 記入欄 |
|---------|-----|---------------|-----|--------|-----|
| ベータトロン | | 直線加速装置（リニアック） | | その他（ ） | |
| マイクロトロン | | 医療用サイクロトロン | | その他（ ） | |

○診療用放射線発生装置

| | 記入欄 | | 記入欄 | | 記入欄 |
|------------|-----|---------|-----|--------|-----|
| Co60照射装置 | | ガンマナイフ | | その他（ ） | |
| マイクロセレクトロン | | サイバーナイフ | | その他（ ） | |
| ラルストロン | | 粒子線治療装置 | | その他（ ） | |

○R I 機器

| | 記入欄 | | 記入欄 |
|-------------------|-----|--------|-----|
| R I 検査装置（シンチカメラ等） | | その他() | |
| P E T | | その他() | |
| S P E C T | | その他() | |

④血清、解毒剤等

※保有している場合、「1」を記入して下さい。

| | | 記入欄 | | 記入欄 | | 記入欄 |
|------------|-----------|-----|----------|-----|-----------|-----|
| 保有血液 血清 | 輸血用血液 | | まむし血清 | | 破傷風血清 | |
| | コレラワクチン | | ジフテリア血清 | | ガス壊疽ワクチン | |
| | 狂犬病ワクチン | | ワイル病ワクチン | | ボツリヌスワクチン | |
| 解毒剤 | シアン解毒剤 | | ヒ素解毒剤 | | 有機リン解毒剤 | |
| | 亜硝酸アミル | | BAL | | PAM | |
| | 亜硝酸ナトリウム | | | | | |
| | チオ硫酸ナトリウム | | | | | |
| 特殊救急 薬 | ダントリウム | | | | | |

6. 連携体制等

※貴院における他の医療機関等との連携体制の整備状況等についてお答え下さい。

| | | | |
|---------------------------------|---|------------------------|---|
| 地域医療連携体制の有無 | 医療連携に係る窓口（有りの場合「1」を右欄に記入） | | 1 |
| | 窓口の名称 | 医療相談室 | |
| | 主な機能（該当するもの全てについて「1」を右欄に記入） | 退院計画の作成 | 1 |
| | | 在宅医療への調整 | 1 |
| | | 介護保険との調整 | 1 |
| | | 他の医療機関（歯科を含む）への紹介及び逆紹介 | 1 |
| | | その他（ ） | 1 |
| | 開放型病床 (設置有りの場合「1」・5年以内に設置予定の場合「2」を右欄に記入) | | |
| | 医療機器等の共同利用 (実施している場合「1」・5年以内に実施予定の場合「2」を右欄に記入) | | |
| | 地域連携クリティカルパス (導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入) | | |
| | 対象疾病 | | |
| | 連携対象医療機関等名称 | | |
| 地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者の連携体制の有無 | 地域の保健サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口 (有りの場合「1」を右欄に記入) | | 1 |
| クリティカル・パス実施の有無 | 入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無 (導入済みの場合「1」・5年以内に導入予定の場合「2」を右欄に記入) | | 2 |
| セカンド・オピニオンの対応の有無 | セカンド・オピニオンのための診療情報提供の可否 (情報提供可能の場合「1」を右欄に記入) | | 1 |
| | セカンド・オピニオンのための診療の可否 (診療可能の場合「1」を右欄に記入) | | 1 |

※地域連携クリティカルパスについては、対象疾患ごとに複数の医療機関において共有される診療計画（文書化されたもの）を指し、診療報酬上の「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」算定の有無を問い合わせません。

7. 対応可能な疾患・治療内容

※各疾病・事業の実施状況等について、以下の設問にお答え下さい（貴院で診療等を実施していない場合は記入を要しません）。

I がん（肉腫等を含む悪性腫瘍全般。）

| (1) がん診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「II 脳卒中」へ） | | | | 1 |
|---|---------------------|-------------------|------------|----------------------------------|
| (2) 実施しているがんの部位別治療法 | 治療方法 | 実施状況 | | クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入） |
| | | 実施している場合「1」を下欄に記入 | 件数（平成18年度） | |
| 1 脳腫瘍 | 手術療法 | | | |
| | | うち経耳的聴神経腫瘍摘出術 | | |
| | | うち経鼻的下垂体腫瘍摘出術 | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 2 咽頭がん | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 3 口腔がん（舌がん等） | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 4 喉頭がん | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 5 甲状腺がん | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 6 乳がん | 手術療法 | | | |
| | うち乳がん冷凍凝固摘出術 | | | |
| | 乳房再建術 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 7 肺がん | 手術療法 | | | |
| | うち胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 | | | |
| | 早期肺がん光線力学療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 8 食道がん | 手術療法 | | | |
| | うち早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術 | | | |
| | 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |

| (2) 実施しているがんの部位別治療法 | 治療方法 | 実施状況 | | クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入） |
|---------------------|----------------|-------------------|------------|----------------------------------|
| | | 実施している場合「1」を下欄に記入 | 件数（平成18年度） | |
| 9 胃がん | 手術療法 | | | |
| | うち内視鏡的悪性腫瘍切除術 | | | |
| | うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術 | | | |
| | 表在性早期胃がん光線力学療法 | | | |
| | 化学療法 | 1 | 1 | |
| | 放射線療法 | | | |
| 10 胆のうがん・胆管がん | 手術療法 | | | |
| | うち腹腔鏡下胆のう摘出術 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 11 肝がん | 手術療法 | | | |
| | エタノールの局所注入 | | | |
| | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 | | | |
| | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 | | | |
| | 肝動脈塞栓術 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| 12 膵臓がん | 放射線療法 | | | |
| | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| 13 大腸がん | 放射線療法 | | | |
| | 手術療法 | | | |
| | うち腹腔鏡下悪性腫瘍切除術 | | | |
| 14 腎がん | うち内視鏡的悪性腫瘍切除術 | | | |
| | 手術療法 | | | |
| | うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術 | | | |
| 15 膀胱がん | 化学療法 | 1 | 2 | |
| | 放射線療法 | | | |
| | 手術療法 | | | |
| | うち経尿道的手術 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |

| (2) 実施しているがんの部位別治療法 | 治療方法 | 実施状況 | | クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入） |
|---------------------|--------------|-------------------|------------|----------------------------------|
| | | 実施している場合「1」を下欄に記入 | 件数（平成18年度） | |
| 16 前立腺がん | 手術療法 | | | |
| | うち腹腔鏡下悪性腫瘍手術 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| | 内分泌療法 | | | |
| 17 子宮がん | 手術療法 | | | |
| | レーザー照射治療 | | | |
| | 光線力学療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 18 卵巣がん | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| 19 悪性リンパ腫 | 手術療法 | | | |
| | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| | 骨髓移植等の移植治療 | | | |
| 20 白血病 | 化学療法 | | | |
| | 放射線療法 | | | |
| | 骨髓移植等の移植治療 | | | |

| (3) 連携状況 | | 医療機関名 |
|----------|-------------------------|--------------------------------------|
| 他施設へ紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | ・北海道消化器科病院 ・札幌東徳洲会病院 ・札幌厚生病院 ・市立札幌病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |
| | ターミナルケアのための紹介 | |
| | 口腔問題対応のための紹介 | ・札幌東徳洲会病院歯科口腔外科 ・恵佑会札幌病院歯科口腔外科 |
| 他施設から紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | ・深浦医院 ・三浦医院 ・佐藤病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |
| | ターミナルケアのための紹介 | ・深浦医院 ・元町泌尿器科クリニック |

II 脳卒中

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|----------------------------------|
| (1) 脳卒中診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「III 急性心筋梗塞」へ） | | | 1 | |
| (2) 受け入れ可能な脳卒中患者の状態 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入) | 1 急性期（脳卒中に対し積極的な治療が必要な状態） | | | |
| | 2 回復期（脳卒中急性期を脱した患者で、リハビリテーションにより一定の機能回復が可能な状態） | | | 1 |
| | 3 療養期、あるいは維持期（脳卒中急性期、回復期を経た患者で、身体機能の維持等が必要な状態。急性期から直接維持期に移行する場合もあり） | | | 1 |
| (3) 脳卒中急性期患者に対する検査・治療 (それぞれについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入) | | | 通常診療時間帯 | 診療時間外 |
| 1 放射線等機器検査（MRI、CT等） | 1 | 2 | | |
| 2 臨床検査 | 1 | 2 | | |
| 3 治療（開頭手術、脳血管手術等） | | | | |
| (4) 脳卒中急性期患者を受け入れる専用病棟等の設置状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) ※SCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している場合、病床数を記入 | 1 脳卒中専用集中治療室（SCU）又はそれに準じた専用病棟を設置している | | | 病床数(床) |
| | 診療報酬上の脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出について | | | |
| | 1 届出している | | | |
| | | 2 今後届出したい | | |
| | | 3 届出は考えていない | | |
| 2 専用ではないが、主として脳卒中急性期患者を受け入れる病棟を決めている | | | | |
| 3 設置していない | | | | |
| (5) 脳卒中の急性期リハビリテーションの実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | 1 急性期リハビリテーションを実施している | | | |
| | 2 急性期医療のみ実施しており、リハビリテーションが必要な患者は他の病院等に紹介している | | | |
| | 3 その他（他医療機関から紹介された急性期リハビリを実施） | | | 1 |
| (6) 実施している脳卒中の治療方法 | | | 実施状況 | クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入） |
| 治療方法 | | | 実施している場合「1」を下欄に記入 | |
| 急性期の全身管理 | | | | |
| 脳内血腫除去術 | | | | |
| 脳血管内手術（コイル塞栓術等） | | | | |
| 脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤クリッピング | | | | |
| 開頭手術（バイパス移植術、脳血管塞栓摘出術等） | | | | |
| 動脈血栓内膜摘出術 | | | | |
| 経皮的脳血管形成術（バルーン・ステント等） | | | | |
| t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法（発症後3時間以内） | | | | |

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| (7) 脳卒中回復期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | 1 入院・外来とも受け入れている 2 入院のみ受け入れている 3 外来のみ受け入れている | |
| (8) 脳卒中患者がリハビリテーション目的で入院できる病床 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | 1 あり 2 なし | 病床数(床) 43 |
| (9) 脳卒中維持期患者の受け入れ範囲 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | 1 入院・外来とも受け入れている 2 入院のみ受け入れている 3 外来のみ受け入れている | 1 |
| (10) 脳卒中維持期患者に対する訪問診療の実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | 1 実施している 2 実施していない | 1 |
| (11) 脳卒中維持期患者に対する口腔ケアの実施状況(実施している場合、右欄に「1」を記入) | | 1 |
| (12) 連携状況 | | 医療機関名 |
| 他施設へ紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | 禎心会病院・札幌東徳洲会病院・中村記念病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |
| | ターミナルケアのための紹介 | |
| | 口腔問題対応のための紹介 | |
| 他施設から紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | 禎心会病院・札幌東徳洲会病院・札幌麻生脳神経外科病院・コスモ脳神経外科 |
| | ターミナルケアのための紹介 | |

III 急性心筋梗塞

| | | |
|--|--|--|
| (1) 急性心筋梗塞診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「IV 糖尿病対策」へ） | | 1 |
| (2) 冠疾患専用集中治療室（CCU）等の設置状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) ※CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している場合、病床数を記入 | 1 CCUまたはそれに準じた専用病棟を設置している 2 専用ではないが、主として急性心筋梗塞患者を受け入れる病棟を決めている 3 設置していない | 病床数（床） 1 |
| (3) 急性心筋梗塞患者に対する検査・治療 (それについて、いつでも対応可能な場合「1」を、曜日・時間帯により対応可能な場合「2」を、対応不可の場合「3」を右欄に記入) | | 通常診療時間帯 診療時間外 |
| 1 放射線等機器検査（心電図、冠血管造影等） | 1 | 2 |
| 2 臨床検査（血清マーカー検査等） | 1 | 2 |
| 3 治療（開胸手術、経皮的冠動脈形成術等） | | |
| (4) 実施している急性心筋梗塞の治療方法 | | 実施状況 |
| 治療方法 | | クリティカルパス作成の有無（作成している場合「1」を下欄に記入） |
| 急性期の全身管理 | 1 | |
| 抗不整脈治療 | 1 | |
| 冠動脈バイパス手術 | | |
| 冠動脈閉塞に対する経皮的治療（カテーテルによる治療） | | |
| 経静脈的血栓溶解療法 | | |
| (5) 連携状況 | | 医療機関名 |
| 他施設へ紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | ・市立札幌病院 ・札幌医科大学医学部付属病院救急集中治療部 ・札幌東徳洲会病院 ・北光記念病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |
| 他施設から紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | ・札幌佐藤病院 ・整形外科札幌リハビリテーション病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | ・札幌医科大学医学部付属病院第2外科 ・市立札幌病院心臓血管外科 ・北光記念病院 ・札幌東徳洲会病院 |

IV 糖尿病対策について

| | | | |
|---|---|----|-------------------------------------|
| (1) 糖尿病診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「V 周産期医療」へ） | | | 1 |
| (2) 糖尿病診療スタッフの配置状況 | | 常勤 | 非常勤（非常勤スタッフが配置されている場合右欄に「1」を記入） |
| 1 日本糖尿病療養指導士認定機構その他の団体が認定する糖尿病療養指導士 | 0 | 人 | |
| 2 糖尿病の患者に対する指導に従事する管理栄養士 | 2 | 人 | |
| (3) 実施している糖尿病の治療方法 | | | 実施状況 |
| 治療方法 | | | 実施している場合 「1」を下欄に記入 |
| 経口血糖降下薬 | | | 1 |
| インスリン療法 | | | 1 |
| 強化インスリン療法 | | | 1 |
| インスリン皮下持続注入療法 | | | |
| 人工胰臓 | | | |
| (4) 人工透析を必要とする糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性足病変への対応状況 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入) | | | 1 1 1 1 |
| 糖尿病性網膜症 | | | 1 |
| 糖尿病性神経症 | | | 1 |
| 糖尿病性足病変（足の血流の悪化、皮膚の潰瘍・壊疽） | | | 1 |
| (5) 糖尿病教育入院及び糖尿病教室（日帰り）の実施状況 (それぞれ該当するものについて、右欄に「1」を記入) | | | 1 1 1 1 |
| 1 教育入院と日帰り教室の両方を実施している | | | 1 |
| 2 教育入院のみを実施している | | | |
| 3 日帰り教室のみを実施している | | | |
| 4 いずれも実施していない | | | |
| (6) 糖尿病指導の実施状況 | | | それぞれの指導方法について、実施している場合 「1」を下欄に記入 |
| 1 運動指導 | | | 1 |
| 2 栄養（食生活）指導 | | | 1 |
| 3 禁煙指導 | | | 1 |
| 4 生活指導 | | | 1 |
| (7) 関係機関との連携 (該当するもの全てについて、右欄に「1」を記入) | | | 1 1 1 1 |
| 1 医療機関（歯科を含む）との連携 連携内容（ 患者の紹介・受入 ） | | | 1 |
| 2 保健所、市町村保健センターとの連携 連携内容（ ） | | | |
| 3 職域、産業保健部門との連携 連携内容（ ） | | | |

| (8) 連携状況 | | 医療機関名 |
|----------|-------------------------|---------------------------------|
| 他施設へ紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |
| | 口腔問題対応のための紹介 | ・札幌東徳洲会病院歯科口腔外科 　・恵佑会札幌病院歯科口腔外科 |
| 他施設から紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | ・札幌佐藤病院 　・整形外科札幌リハビリテーション病院 |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | |

V 周産期医療について

| | | | |
|--------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| (1) 周産期医療の状況 | | 周産期医療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「VI 救急医療」へ） | |
| | | 項目 | 対応可能な場合下欄に「1」を記入 件数 (平成18年度) |
| | 分娩 | | 件 |
| | うち帝王切開術 | | 件 |
| | うち選択的帝王切開術 | | 件 |
| | うち緊急帝王切開術 | | 件 |
| | うち出生体重1000g未満 | | 件 |
| | うち出生体重1,000～1,500g未満 | | 件 |
| | ハイリスク妊娠婦共同管理 | | 件 |
| | 母体搬送受け入れ | | 件 |
| | うち緊急搬送受け入れ | | 件 |
| | 他の医療機関への母体搬送依頼件数 | | 件 |
| | 他の医療機関への新生児搬送依頼件数 | | 件 |
| | MF ICU入院患者数 | | 人 |
| | NICU入院患者数 | 総数 | 人 |
| | | うち院内出生 | 人 |
| | | うち院外出生（新生児搬送数） | 人 |
| | 妊婦健診（実施している場合右欄に「1」を記入） | | |
| | 不妊治療（実施している場合右欄に「1」を記入） | | |
| (2) 連携状況 | | 医療機関名 | |
| 他施設へ紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | | |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | | |
| | 口腔問題対応のための紹介 | | |
| 他施設から紹介 | 急性期の積極的治療等を行うための紹介 | | |
| | リハビリ、療養等の回復期の治療を行うための紹介 | | |

VII 救急医療について

| | |
|---|---|
| (1) 時間外救急診療への対応（対応している場合、右欄に「1」を記入。対応していない場合→「7 災害医療」へ） | 1 |
| (2) 救急告示の有無（救急告示医療機関である場合、右欄に「1」を記入） | |
| (3) 救急医療体制（以下のそれぞれの項目について該当する場合、それぞれ右欄に「1」を記入） | |
| 1 在宅当番医制への参加 | |
| 2 病院群輪番制への参加 | 1 |
| 3 救命救急センター | |
| (4) 時間外救急診療における医師・看護師等の配置状況 | |
| 1 常勤の救急専任医師（配置がある場合「1」を、救急科専門医資格保有者の配置がある場合「2」を右欄に記入） | 2 |
| 2 常勤の病棟兼任医師（配置がある場合「1」を、救急科専門医資格保有者の配置がある場合「2」を右欄に記入） | 1 |
| 3 医師オンコール体制の有無（体制がある場合、右欄に「1」を記入） | 1 |
| 4 専任の看護師（配置がある場合、右欄に「1」を記入） | |
| 5 放射線技師（配置がある場合「1」を、必要に応じオンコール体制をとっている場合は「2」を右欄に記入） | 2 |
| 6 臨床検査技師（配置がある場合「1」を、必要に応じオンコール体制をとっている場合は「2」を右欄に記入） | |
| (5) 患者、家族等からの電話相談体制の有無（体制がある場合、右欄に「1」を記入） | 1 |
| (6) AEDの整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入） | 1 |
| (7) 除細動器の整備の有無（整備がある場合、右欄に「1」を記入） | 1 |

(8) 休日・夜間（深夜を含む）の救急対応

| 診療科目名 | 救急当番日 | 当番日以外 |
|--------------------|--|--|
| | (それぞれの診療科について、常勤配置により診療可能な場合「1」を、オンコールで診療可能な場合「2」を下欄に記入) | (それぞれの診療科について、常勤配置により診療可能な場合「1」を、オンコールで診療可能な場合「2」を下欄に記入) |
| 1 内科 | 1 | 1 |
| 2 整形外科 | | |
| 3 小児科 | | |
| 4 精神科 | | |
| 5 産科 | | |
| 6 耳鼻咽喉科 | | |
| 7 眼科 | | |
| 8 脳神経外科（開頭手術が可能） | | |
| 9 循環器科（心臓カテーテルが可能） | | |
| 10 消化器外科（開腹術が可能） | | |
| 11 多発外傷への対応 | | |
| 12 重度熱傷への対応 | | |
| 13 口腔・顎・顔面外傷等への対応 | | |

| (9) 転院搬送医療機関の有無 (それぞれの診療科について、転院先がある場合は「1」を右欄に記入) | 診療科目名 | 転院先の有無 |
|--|-------|--------|
| 1 内科 | | 1 |
| 2 整形外科 | | 1 |
| 3 小児科 | | |
| 4 精神科 | | |
| 5 産科 | | |
| 6 耳鼻咽喉科 | | 1 |
| 7 眼科 | | |
| 8 脳神経外科 | | 1 |
| 9 循環器科 | | 1 |
| 10 消化器外科 | | 1 |
| 11 歯科口腔外科 | | 1 |

VII 災害医療について

(1) 災害対応の状況（整備済みのものについて、その番号を右欄に記入）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------|----------|----------|---------|---------|---------|-----------|---------|----------|-------------|--------|--------|------------|--------------------|------------|---|---|---|---|---|----|
| 1 自家発電装置 | 2 貯水設備 | 3 医薬品の備蓄 | 4 飲料水の備蓄 | 5 食料の備蓄 | 6 毛布の備蓄 | 7 簡易ベッド | 8 非常用通信設備 | 9 非常用燃料 | 10 ヘリポート | 11 医療救護班の編成 | 12 テント | 13 耐震化 | 14 災害出動用車両 | 15 災害医療派遣チーム（DMAT） | 16 防災マニュアル | 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 16 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VIII 対応可能な在宅医療の内容

※対応可能なものについて、所定の欄に「1」を記入するとともに、平成18年度中の延べ対応件数を記入願います。

| 在宅医療の内容 | 該当するものについて、下欄に「1」を記入 | 件数（平成18年度） | 在宅医療の内容 | 該当するものについて、下欄に「1」を記入 | 件数（平成18年度） | |
|-------------------|----------------------|------------|---------------------|----------------------|------------|--|
| 在宅医療 | — | — | 在宅自己疼痛管理指導管理 | — | — | |
| 往診（24時間往診可能） | | | 在宅肺高血圧症患者指導管理 | | | |
| 往診（上記以外） | 1 | 601 | 在宅気管切開患者指導管理 | 1 | | |
| 地域連携退院時共同指導 | | | 寝たきり老人訪問指導管理 | 1 | 85 | |
| 在宅患者訪問診療 | 1 | 274 | 診療内容 | | | |
| 在宅時医学総合管理 | | | 点滴の管理 | | — | |
| 在宅末期医療総合診療 | | | 中心静脈栄養 | 1 | — | |
| 救急搬送診療 | | | 腹膜透析 | 1 | — | |
| 在宅患者訪問看護・指導 | 1 | | 酸素療法 | 1 | — | |
| 在宅患者訪問点滴注射管理指導 | 1 | | 経管栄養 | 1 | — | |
| 在宅訪問リハビリテーション指導管理 | | | 疼痛の管理 | 1 | — | |
| 訪問看護指示 | 1 | 223 | 褥瘡の管理 | 1 | — | |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導 | | | 人工肛門の管理 | 1 | — | |
| 在宅患者訪問栄養食事指導 | | | 人工膀胱の管理 | 1 | — | |
| 在宅療養指導 | — | — | レスピレーター（人工呼吸器） | 1 | — | |
| 退院前在家療養指導管理 | 1 | | モニター測定（血圧・心拍等） | 1 | — | |
| 在宅自己注射指導管理 | 1 | 761 | 尿カテーテル（留置カテーテル等） | 1 | — | |
| 在宅自己腹膜灌流指導管理 | 1 | 164 | 気管切開部の処置 | 1 | — | |
| 在宅血液透析指導管理 | | | 在宅ターミナルケアの対応 | 1 | — | |
| 在宅酸素療法指導管理 | 1 | 98 | 歯科治療 | | — | |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 1 | 12 | 連携の有無 | | | |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 1 | 37 | 病院 | 1 | — | |
| 在宅自己導尿指導管理 | 1 | | 診療所 | 1 | — | |
| 在宅人工呼吸指導管理 | | | 訪問看護ステーション | 1 | — | |
| 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | 1 | 13 | 居宅介護支援事業所 | 1 | — | |
| 在宅悪性腫瘍患者指導管理 | | | 訪問介護事業所（ヘルパーステーション） | 1 | — | |
| 在宅寝たきり患者処置指導管理 | 1 | 6 | 薬局 | 1 | — | |

IX 緩和ケアについて

| | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------|---|---|----------|
| (1) 緩和ケアの実施状況 (該当するものについて右欄に「1」を記入。届出を行っている場合、該当する病床数を記入) | 緩和ケアについて（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「X べき地医療対策」へ） | | | | | 1 |
| | 1 緩和ケア病棟入院料の届出を行っている 緩和ケア病棟の病床数（床） | | | | | |
| | 2 緩和ケア診療加算の届出を行っている 緩和ケア専用病床数（床） | | | | | |
| | 3 上記1, 2には該当しないが、緩和ケアを提供している。 | | | | | 1 |
| | 4 積極的な実施体制を整備していない | | | | | |
| (2) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームにおける各職種の人数 | 1 医師 | 人 | 6 臨床心理士 | 人 | 人 | |
| | 2 歯科医師 | 人 | 7 薬剤師 | 人 | 人 | |
| | 3 看護職員 | 人 | 8 管理栄養士・栄養士 | 人 | 人 | |
| | 4 看護補助職員 | 人 | 9 ボランティア | 人 | 人 | |
| | 5 医療社会事業従事者 | 人 | 10 その他 | 人 | 人 | |
| (3) 緩和ケア外来の設置状況及び平成18年度における外来患者数 | 設置状況（設置している場合、右欄に「1」を記入） | | | | | |
| | | | | | | 外来患者数（人） |
| (4) 在宅療養患者への緩和ケア提供体制 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入) | 1 訪問診療を実施している | 1 | 4 急変時に一般病棟への入院を受け入れている | 1 | 1 | |
| | 2 訪問看護を実施している | 1 | 5 診療所又は訪問看護ステーションを支援している | 1 | 1 | |
| | 3 急変時に緩和ケア病棟への入院を受け入れている | | 6 積極的な実施体制を整備していない | | | |
| (5) 緩和ケア病棟又は緩和ケアチームが連携している診療所や訪問看護ステーションの箇所数 | 1 診療所（箇所） | | | | | 2 |
| | 2 訪問看護ステーション（箇所） | | | | | 2 |
| (6) 緩和ケア実施に関する課題 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入) | 1 緩和ケアを必要とする患者が少ない、またはいない | | | | | |
| | 2 緩和ケアチームの設置など人員体制を整備するのが難しい | | | | | |
| | 3 緩和ケア病棟または病床を整備するのが難しい | | | | | 1 |
| | 4 緩和ケアの実施は採算性が悪い | | | | | |
| | 5 その他 | | | | | |
| (7) 緩和ケアの実施に関する課題について今後の予定 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入) | 1 緩和ケア病棟入院料の施設基準の届出を行う予定がある | | | | | |
| | 2 緩和ケア加算の施設基準の届出を行う予定がある | | | | | |
| | 3 上記1, 2には該当しないが、院内で緩和ケアチームを組み、緩和ケアを提供する予定がある | | | | | 1 |
| | 4 当面の間は現状を維持する予定である | | | | | |
| | 5 今のところ未定である | | | | | |

X へき地医療対策について

※それぞれの項目について実施している場合、実施状況等欄に「1」を記入するとともに、巡回診療、へき地からの紹介・搬送患者の受入、遠隔医療支援については対象地区名、医師派遣、代診医の派遣、へき地からの紹介・搬送患者の受入、遠隔医療支援については対象医療機関名を記入（複数ある場合は列記）願います。

| | | |
|---|---|---------------|
| (1) へき地医療支援等の実施状況 (該当するもの全てについて右欄に「1」を記入。実施している場合には、対象となる地区、医療機関名等を記入) | へき地医療支援について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「X I アレルギー疾患対策」へ） | |
| | 支援内容等 | 実施状況等（平成18年度） |
| | 1 無医地区等への巡回診療 | |
| | 2 へき地診療所等への医師派遣 | |
| | 3 代診医の派遣 | |
| | 4 へき地からの紹介・搬送患者の受け入れ | |
| | 5 遠隔医療支援 | |

※へき地～無医地区、無医地区に準ずる地区及びへき地診療所が所在する地区をいいます。

X I アレルギー疾患対策について

| | | |
|-------------------|--|------------------|
| (1) 対応しているアレルギー疾患 | アレルギー疾患診療について（実施している場合右欄に「1」を記入。実施していない場合→「8. 対応可能な介護保険サービス」へ） | |
| | 疾患名 | 実施状況 |
| | | 対応可能な場合右欄に「1」を記入 |
| | 喘息（乳児期） | |
| | 喘息（幼小児期） | |
| | 喘息（成人期） | 1 |
| | アレルギー性鼻炎（通年性） | 1 |
| | 花粉症 | 1 |
| | 食物アレルギー | 1 |
| | アトピー性皮膚炎（乳児期） | |
| | アトピー性皮膚炎（幼小児期） | |
| | アトピー性皮膚炎（成人期） | |
| (2) 連携状況 | | 医療機関名 |
| 他施設へ紹介 | 専門的な治療等を行うための紹介 | |
| 他施設から紹介 | 専門的な治療等を行うための紹介 | |

8. 対応可能な介護保険サービス（該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。）

| 介護保険サービスの内容 | 対応の有無 | 介護保険サービスの内容 | 対応の有無 |
|---|-------|--|-------|
| 施設サービス | — | 介護予防支援 | — |
| 介護老人福祉施設サービス | | 介護予防支援 | 1 |
| 介護老人保健施設サービス | 1 | 介護予防サービス | — |
| 介護療養型医療施設サービス | | 介護予防訪問介護 | 1 |
| 居宅介護支援 | — | 介護予防訪問入浴介護 | |
| 居宅介護支援 | 1 | 介護予防訪問看護 | 1 |
| 居宅サービス | — | 介護予防訪問リハビリテーション | 1 |
| 訪問介護 | 1 | 介護予防居宅療養管理指導 | 1 |
| 訪問入浴介護 | | 介護予防通所介護 | 1 |
| 訪問看護 | 1 | 介護予防通所リハビリテーション | 1 |
| 訪問リハビリテーション | 1 | 介護予防短期入所生活介護 | |
| 居宅療養管理指導 | 1 | 介護予防短期入所療養介護 | 1 |
| 通所介護 | 1 | 介護予防特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可） | 1 |
| 通所リハビリテーション | 1 | 介護予防福祉用具貸与 | |
| 短期入所生活介護 | | 特定介護予防福祉用具販売 | |
| 短期入所療養介護 | 1 | 介護予防地域密着型サービス | |
| 特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可） | | 介護予防認知症対応型通所介護 | 1 |
| 福祉用具貸与 | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | |
| 特定福祉用具販売 | | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | |
| 地域密着型サービス | — | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | |
| 認知症対応型通所介護 | 1 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可） | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | |

9. 人間ドック、専門外来等の実施状況について（該当するもの全てについて下欄に「1」を記入して下さい。）

| 専門外来等 | 実施の有無 | 専門外来等 | 実施の有無 | 専門外来等 | 実施の有無 |
|-----------------|-------|-----------------|-------|----------------------------|-------|
| 短期滞在手術 | | 膝関節 | | 老人性認知症疾患 | |
| 循環器疾患 | 1 | 頸関節 | | 物質依存症（アルコール・薬物等） | |
| ペースメーカー | 1 | スポーツ | | てんかん | |
| 高血圧 | 1 | 透析 | 1 | 心身症 | |
| 肝疾患 | | 前立腺 | | 睡眠障害 | 1 |
| 肥満 | | 代謝異常 | | 神経症性障害（不安障害・強迫性障害・パニック障害等） | |
| 糖尿病 | 1 | 栄養 | 1 | 性同一性障害 | |
| 甲状腺 | | 摂食嚥下障害 | 1 | ペインクリニック | |
| 血液 | 1 | 人間ドック | | 東洋医学 | |
| 膠原病 | | 不妊 | | 女性専門 | |
| 禁煙 | 1 | 乳腺 | | 引きこもり | |
| 頭痛 | | 更年期 | | セカンド・オピニオン | |
| もの忘れ | | 喘息 | 1 | 言語障害 | |
| めまい | | アレルギー | | 健康診断 | 1 |
| 難聴 | | 遺伝 | | 健康相談 | |
| ストーマ（人工肛門・人工膀胱） | | 小児神経 | | 助産師外来 | |
| リウマチ | | 児童・思春期 | | その他（ ） | |
| 腰痛 | | 発達障害（自閉症、学習障害等） | | その他（ ） | |
| 肩関節 | | パーソナリティ障害 | | その他（ ） | |
| 股関節 | | 摂食障害 | 1 | その他（ ） | |