地方独立行政法人栃木県立がんセンター　地域連携センター宛　FAX：**028-611-5499**

お手数でも上記FAX番号まで御返信をお願いいたします

アンケートの御協力のお願い

連携のための貴施設様情報としてアンケートに御協力いただきたくお願い申し上げます。

御施設名

1．診療科についてお教えください。あてはまるものに○を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内　　科 | 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 神経内科 | 腎臓内科 |
| 血液内科 | 糖尿病内科 | 心療内科 | アレルギー内科 | リハビリテーション科 |
| 外　　科 | 呼吸器外科 | 乳腺外科 | 耳鼻咽喉科 頭頚科 | 消化器外科 | 脳神経外科 |
| 婦 人 科 | 泌尿器科 | 皮膚科 | 整形外科 骨軟部科 | 歯　科 | 歯科口腔外科 |

 ※その他、上記以外がございましたら御記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2．以下の状況の患者さんの受入は可能でしょうか。可能なものに○をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院診療 | 可能 | 要相談 | 不可 | 在宅診療 | 可能 | 要相談 | 不可 |
| 地域連携クリニカルパス | 肺がん |  |  |  | 訪問診療 |  |  |  |
| 胃がん |  |  |  | 往診（臨時） |  |  |  |
| 乳がん |  |  |  | 麻薬 | 内　服 |  |  |  |
| 肝がん |  |  |  | 貼付剤 |  |  |  |
| 大腸がん |  |  |  | 注　射 |  |  |  |
| 糖尿病患者 |  |  |  | 在宅輸液 | 点　滴 |  |  |  |
| リハビリテーション |  |  |  | CVポート |  |  |  |
| 抗がん剤投与 | 内　服 |  |  |  | 気管切開患者 |  |  |  |
| 注　射 |  |  |  | PEG造設患者 |  |  |  |
| 歯科口腔外科 | 可能 | 要相談 | 不可 | 在宅酸素療法患者 |  |  |  |
| 周術期口腔管理 |  |  |  | 終末期がん患者 |  |  |  |
| 訪問診療 |  |  |  | 看取り |  |  |  |

また以下の点につきましては、御希望がございましたら○をお付けください。

（　　）病診連携ネットワークシステム構築の際は参加を希望する。

（　　）当院内で定められた、高額機器・施設（CT・MRI等）などの共同利用を希望する。

（　　）当院が開催する講演会、症例検討会、院内カンファレンスなどへの参加を希望する。

（　　）当院図書室の利用を希望する。

（　　）紹介患者の入院治療の経過を、当院電子カルテ上での閲覧を希望する。

3．先生方とのより良い連携を目指し業務改善をしていきたいと考えております。先生の御専門、

お得意分野、当院への御意見、御要望などございましたら御記載いただければ幸いです。

御専門、お得意分野など：

御意見、御要望など：

お忙しいところ御協力いただきありがとうございました。

地方独立行政法人　栃木県立がんセンター　地域連携センター