

脳卒中医療連携体制参加施設 調査票

＜維持期（在宅医療提供）用＞

＜維持期 2＞

医療施設名	電 話 ()	記入者	
-------	---------	-----	--

1. 再発予防(抗血小板療法)に対応できる (はい ・ いいえ)
2. 再発予防(抗凝固療法)に対応できる (はい ・ いいえ)
3. 基礎疾患・危険因子の管理ができる (はい ・ いいえ)
4. 患者及び家族に対する精神的サポートが可能である(専任の必要はない)
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
5. 入退院調整機能を持ったスタッフがいる(専任の必要はない)
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
6. 紹介医または転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
7. 地域のケア・マネージャーと連携がとれている
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
8. 居宅介護サービス機関と連携がとれている
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
9. 訪問看護ステーションと連携がとれている
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
10. 調剤薬局と連携がとれている
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)
11. 歯科医と連携している
(はい ・ いいえ ・ 今後対応を検討)

※注記・連絡事項がありましたらご記入ください。

--