

様式1

京都府保健医療計画に係る医療機能明記届

平成 年 月 日

京都府健康福祉部長 様

開設者住所

開設者氏名

印

(記入担当者 所 属
氏 名
連絡先)

京都府保健医療計画に係る「脳卒中」の医療機能明記について、下記のとおり届け出ます。

記

1. 医療機関名	電話 ()
2. 開設場所	
3. 該当医療機能	・急性期 ・回復期 ・維持期

注意：該当する医療機能を○で囲んでください。

様式2の医療機能状況を記入の上、添付してください。

提出方法：下記提出先へ郵送又はFAXで提出して下さい。

【提出先】

〒602-8570 (住所記載不要)

京都府健康福祉部 医療課 医務・看護担当

TEL：075-414-4746

FAX：075-414-4752

様式 2

「脳卒中」の医療機能状況報告書

※各基準につき充足している場合は確認欄に「○」を記入願います。

【急性期】

	確認欄
基準 1 血液検査や画像検査(X線、CT、MRI)等の必要な検査(24時間)の実施が可能 24時間対応 ()宿直、()オンコール ※該当項目に○印を記入 検査技師 常勤 人、非常勤 人 検査機器 X線 台、CT 台、MRI 台	[]
基準 2 脳卒中が疑われる患者に対し、専門的治療が24時間実施可能(画像診断等の遠隔診断に基づく治療も含む) 24時間対応 ()宿直、()オンコール ※該当項目に○印を記入	[]
基準 3 適応のある脳梗塞症例に対し、組織プラスミンゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法の実施が可能 ()24時間対応、()診療時間内対応、()その他 ※該当項目に○印を記入	[]
基準 4 脳卒中の外科的治療が実施可能	[]
基準 5 脳卒中を専門とする医師が常勤している 神経内科 常勤 人()、非常勤 人() 脳神経外科 常勤 人()、非常勤 人() その他()科 常勤 人()、非常勤 人() ※()は専門医の内数	[]
基準 6 全身管理及び合併症に対する診療が実施可能	[]
基準 7 リスク管理の下に早期リハビリテーションが実現可能(脳血管疾患等リハビリテーション届出医療機関) 脳血管疾患等リハビリテーション() I、() II、() III ※該当項目に○印を記入	[]
基準 8 地域の回復期、維持期、在宅医療を担う医療機関との連携を実施	[]

【回復期】

	確認欄
基準 1 再発防止の治療、基礎疾患、危険因子の管理及び抑うつ状態への基本的対応が可能	[]
基準 2 失語等の高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的としたリハビリテーションが専門医療スタッフにより実施可能	[]
基準 3 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携している。	[]
基準 4 回復期リハビリテーション病棟、又は脳血管疾患等リハビリテーションⅠ若しくはⅡの届出医療機関である。(当面の間、PT、OT、STの人数が合わせて4人以上いること)	[]
()回復期リハ病棟、()脳血管リハⅠ、()脳血管リハⅡ	
※該当項目に○印を記入	
理学療法士 常勤 人 非常勤 人	
作業療法士 常勤 人 非常勤 人	
言語聴覚士 常勤 人 非常勤 人	

【維持期】

	確認欄
基準 1 日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションが実施可能	[]
基準 2 生活の場で療養できるよう支援することが実施可能	[]