

【栃木県保健福祉部医療政策課】令和6年度在宅医療に係る機能別医療機関現況調査（在宅療養後方支援病院）

以下の設問について、回答をお願いします。結果については、在宅医療に関する各種施策の基礎資料にするともに、医療機関個別の状況を県ホームページで公表します。※基本情報については、「病院名」、「所在地」、「電話番号」を公表。

* 必須

基本情報

1. 病院名 *

回答を入力してください

2. 担当部署

回答を入力してください

3. 担当者名 *

回答を入力してください

4. 所在地 *

回答を入力してください

5. 電話番号 *

半角数字で入力してください。 例：0286233046（「-」不要）

回答を入力してください

6. FAX番号

半角数字で入力してください。 例：0286233131（「-」不要）

回答を入力してください

7. メールアドレス *

メールアドレスが複数ある場合は「,」で区切ってください。メールアドレスがない場合は「なし」と入力してください。

回答を入力してください

8. 回答日 *

日付を入力してください(yyyy/MM/dd)



このコンテンツはフォームの所有者が作成したものです。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。Microsoft は、このフォームの所有者を含むお客様のプライバシーやセキュリティの取り扱いに関して一切の責任を負いません。パスワードを記載しないでください。

Microsoft Forms | AI を活用したアンケート、クイズ、投票 [独自のフォームの作成](#)

このフォームの所有者は、応答データの使用方法についてのプライバシーに関する声明を提供していません。個人情報や機密情報を記載しないでください。| [利用規約](#)

【栃木県保健福祉部医療政策課】令和6年度在宅医療に係る機能別医療機関現況調査（在宅療養後方支援病院）

* 必須

在宅医療の実施体制

令和6年8月1日現在の状況について、御回答ください。0人の場合は、「0」を入力してください。

9. 医師 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

10. 看護職員（保健師・看護師・准看護師） *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

11. 歯科医師 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

12. 薬剤師 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

13. 管理栄養士 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

14. 歯科衛生士 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

15. リハビリテーション職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士） *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

16. 社会福祉士（MSW） *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

17. 事務職員 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

18. その他

職種と実人数を入力してください。（例）診療放射線技師 1人

回答を入力してください

19. 対応可能な患者（複数選択可） *

現在、該当する患者がいない場合にも、対応可能であれば選択してください。

- 医療的ケア児
- 精神疾患患者
- がん患者
- 障害者
- 認知症患者
- いずれも対応不可



このコンテンツはフォームの所有者が作成したものです。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。Microsoft は、このフォームの所有者を含むお客様のプライバシーやセキュリティの取り扱いに関して一切の責任を負いません。パスワードを記載しないでください。

Microsoft Forms | AI を活用したアンケート、クイズ、投票 [独自のフォームの作成](#)

このフォームの所有者は、応答データの使用方法についてのプライバシーに関する声明を提供していません。個人情報や機密情報を記載しないでください。| [利用規約](#)

【栃木県保健福祉部医療政策課】令和6年度在宅医療に係る機能別医療機関現況調査（在宅療養後方支援病院）

* 必須

在宅医療の実績

令和5年8月1日から令和6年7月31日までの1年間の状況について、御回答ください。※貴院単独の実績を御回答ください。実績がない場合は、「0」を入力してください。

20. 連携医療機関数 *

値は数値にする必要があります

21. 入院希望患者数 *

実人数を入力してください。

値は数値にする必要があります

22. 実際に入院を受け入れた件数 *

延べ件数を入力してください。

値は数値にする必要があります

23. 地域ケア会議の参加回数（Web参加を含む） *

延べ回数を入力してください。

値は数値にする必要があります



このコンテンツはフォームの所有者が作成したものです。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。Microsoft は、このフォームの所有者を含むお客様のプライバシーやセキュリティの取り扱いに関して一切の責任を負いません。パスワードを記載しないでください。

Microsoft Forms | AI を活用したアンケート、クイズ、投票 [独自のフォームの作成](#)

このフォームの所有者は、応答データの使用方法についてのプライバシーに関する声明を提供していません。個人情報や機密情報を記載しないでください。| [利用規約](#)