**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。