|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 郵便番号 | 000-0000 |
| 都道府県 | 都道府県を選択してください |
| 住所 |  |
| 電話番号 | 000-000-0000 |
| FAX番号 | 000-000-0000 |
| 質問：褥瘡患者様の受け入れについて,該当するものを○で囲んで下さい |
| 質問1　褥瘡を主訴に入院させていただくことは可能でしょうか。 | 回答を選択してください |
| 質問2　感染を起こしている場合にその治療だけをお願いすることは可能でしょうか。 | 回答を選択してください |
| 質問3　在宅で困難な程度のポケット切開が必要である場合に切開だけをお願いすることは可能でしょうか。 | 回答を選択してください |
| 質問4　最終的に手術などによる褥瘡の閉鎖・再建をお願いすることは可能でしょうか。 | 回答を選択してください |
| 質問5　褥瘡を主に扱われる医師（※）がいらっしゃるでしょうか。※「褥瘡のみ」をみている医師の意味ではありません。 | 回答を選択してください |

褥瘡受け入れ病院登録　新規申請書

貴院で褥瘡の患者さんがいた場合、その大部分をみている医師の方、あるいは、貴院で褥瘡の患者さんを率先してみている医師の方、または、褥瘡患者さんがいたら、皆がコンサルトを依頼する医師の方、等の基準でお考え下さい。

簡単にお答えになりにくい部分もあるかと存じます。「状況による」などのお答えで、コメントしていただくことがございましたら以下にご記入ください。