



■病院における緩和ケアの体制 ※併設施設を含む

在宅診療	有 ・ 無	実施日：
在宅診療の担当者 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームの医師 <input type="checkbox"/> 併設診療所の医師	<input type="checkbox"/> 当該科の主治医 <input type="checkbox"/> その他 ( )
訪問看護	有 ・ 無	実施日：
訪問看護の担当者 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームの看護師 <input type="checkbox"/> 併設の訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 院内の訪問看護部門 <input type="checkbox"/> その他 ( )

■研修の受け入れ

研修の受け入れについて	有 ・ 無 ・ その他 ( )
受入職種に○をつけて下さい	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )

■問い合わせ先

連絡先	緩和ケアチームに関する問い合わせ	見学・研修等の問い合わせ
部署・担当者氏名		
電話/FAX 番号		

協会ウェブサイトの会員名簿で、本書類に記載の内容を公開することについて	承諾する ・ 承諾しない
-------------------------------------	--------------