

## 脳卒中急性期医療機関に関するアンケート(その2)(案)

### 【医療機関名】

1) 1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その1)

「アンケート調査(その1)」項目 ~ (「1」と「8」を除く)に関し、各項目ともア～エのいずれかに該当する体制についてお伺いします。

1ヶ月(4週28日間)を次のように設定した場合、該当する体制が組める枠数をご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日
日勤帯	A	A	A	A	A	C	C
夜勤帯	B	B	B	B	B	C	C

回答欄	1ヶ月	平日	A ...	20日間	20枠中		枠程度
			B ...	20日間	20枠中		枠程度
		土日祝	C ...	8日間	16枠中		枠程度
				28日間	56枠中		枠程度

2) 1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その2)

1)の回答における「合計の回答枠数」が「56」よりも少ない医療機関にお伺いします。

1)の体制に該当しない枠の中で、「t-PA治療は行なわないが、脳卒中急性期患者受入は行っている場合」の、1ヶ月におけるそのような受入枠数をご記入ください。

回答欄	1ヶ月	平日	A ...	20日間	20枠中		枠程度
			B ...	20日間	20枠中		枠程度
		土日祝	C ...	8日間	16枠中		枠程度
				28日間	56枠中		枠程度

3) 脳卒中急性期患者の受入状況について

平成20年4月～6月における脳卒中急性期患者の受入総数(A)  件

(A)のうちt-PA治療を実施した件数  件

(A)のうち脳外科的処置を必要とした件数  件

4) 超急性期脳卒中加算の施設基準の届出を行っていますか

ア) 届出済

イ) 届出予定( 年 月から)

ウ) 届出していない

↳ 差し支えなければ理由もご記入ください。

(例) 担当診療科の医師がt-PA講習会を未受講のため

5) 都内全域での脳卒中救急搬送体制の構築に関し、ご意見を御願いたします。