

天理よろづ相談所病院 診療連携医 登録申込用紙(新規)

年 月 日

天理よろづ相談所病院 院長 殿

私は、天理よろづ相談所病院 診療連携医の登録を希望します。

フリガナ													
医療機関名													
フリガナ													
医師名 (代表者)													
フリガナ													
医師名①													
フリガナ													
医師名②													
所在地	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
電話番号	()												
FAX番号 (代表)	()												
FAX番号 (連携専用)	() ※診察予約票などを専用を受診するFAXがある場合は、ご記入ください。 未記入の場合は、代表FAXに送信いたします。												
メールアドレス	@ ※連携講演会等のお知らせをメールでご希望の方は、ご記入ください。 (患者の個人情報を含むようなメールは、送受信できません。)												
ホームページ URL													
当院ホームページ上で診療連携医に関する情報の掲載を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません (医療機関名、住所、電話番号、標榜診療科を掲載いたします。)													

※「登録申込用紙」「医療行為・設備の状況」をご記入の上、当院 地域医療連携宛に郵送又は直通 FAXにてお申し込みください。

※当院での登録が完了次第、「診療連携医 登録証」を発行いたします。

〈お問い合わせ先〉

天理よろづ相談所病院
患者総合支援センター 地域医療連携
TEL 0743-63-5611(代表)
FAX 0743-63-6158(直通)

※この用紙は、2枚組・1枚目です。
※2枚目もご記入ください。

医療行為・設備の状況

当院からの逆紹介を推進するための参考とさせていただきますので、各項目へのご回答をお願いいたします。また、コメント欄には、貴院の専門分野や特徴などをご自由にご記入ください。ご回答いただいた内容は、当院の電子カルテに登録のうえ、医師が閲覧できるようにいたします。なお、診療連携医の情報は、当院スタッフだけでなく、必要に応じて患者さんにも配付させていただきます。

診療日時：診療時間をご記入ください。また、診療されている曜日に☑してください。

	時間	日	月	火	水	木	金	土
午前	: ~ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
午後	: ~ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間	: ~ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	: ~ :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

標榜診療科：該当診療科に☑してください。(複数回答可)

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科系(<small>特に標榜している科名</small>) | <input type="checkbox"/> 外科系(<small>特に標榜している科名</small>) | | |
| <input type="checkbox"/> 小児科系 | <input type="checkbox"/> 産科 | <input type="checkbox"/> 婦人科 | <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> リハビリ |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア | <input type="checkbox"/> ペインクリニック | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| <input type="checkbox"/> 救急 | <input type="checkbox"/> 歯科 | <input type="checkbox"/> 健康診断・ドック | <input type="checkbox"/> 検査 |
| <input type="checkbox"/> その他の診療科() | | | |

実施可能検査：実施可能な検査に☑してください。(複数回答可)

(※この情報は、院外には公開しません。当院の地域連携システムのみで利用します。)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査(経鼻) | <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査(経口) | |
| <input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 |

在宅医療行為：実施可能な項目に☑してください。(複数回答可)

(※この情報は、院外には公開しません。当院の地域連携システムのみで利用します。)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在宅医療 (24時間対応) | <input type="checkbox"/> 在宅医療 (24時間対応以外) |
| <input type="checkbox"/> 麻薬処方 (内服) | <input type="checkbox"/> 麻薬処方 (点滴) |

コメント：特にお伝えしたいこと、医療機関の特徴やご要望などご記入ください。

上記の内容で登録いたします。ご協力ありがとうございました。

※この用紙は、2枚組・2枚目です。

※1枚目と共に、天理よろづ相談所病院 患者総合支援センター 地域医療連携まで郵送又はFAXしてください。