

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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
電話番号	()
FAX番号 (代表)	()
FAX番号 (連携専用)	()
※診察予約票や受診報告書などを専用に受診する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。)	
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、標榜診療科のみを掲載予定です。)	

※「登録申込用紙」「医療行為・設備の状況」を記入の上、当院 地域医療連携室 宛に郵送又は連携室直通 FAX にてお申し込み下さい。

※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)
FAX 0743-63-6158(連携室直通)

※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

当院より逆紹介を推進する為の参考にさせていただきますので、それぞれの項目に回答をお願い致します。また、コメント欄には、貴院の専門や特徴などご自由に記入ください。
ご回答いただいた内容は、当院 電子カルテに登録し、当院 医師が検索できるようになります。
なお、診療連携医の情報は、当院スタッフだけでなく、患者さんにも配布できるようにいたします。

診療日時：診療時間を記入ください。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(特に標榜している科名) | <input type="checkbox"/> 外科系(特に標榜している科名) | | |
| <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、院外には公開致しません。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、院外には公開致しません。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。

上記の内容でご登録いたします。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。