

連携登録医申請書

年 月 日

登録する医療機関	所在地	〒 ー		
	名称			
	代表者氏名			
	電話番号			
	FAX 番号			
	ホームページ URL			
	院内の「登録医一覧表」に、掲示してもよろしいですか。		【 はい ・ いいえ 】	
当院HP内の「登録医一覧表」に、掲載してもよろしいですか。		【 はい ・ いいえ 】		
「医療機関紹介シート」を作成してもよろしいですか？ (院内で患者さんに閲覧していただく資料です。)		【 はい ・ いいえ 】		
登録する医師	1	ふりがな .....	男 女	(診療科)
	2	ふりがな .....	男 女	(診療科)
	3	ふりがな .....	男 女	(診療科)

■ 医療機関PR、患者さんへのメッセージ (ご記入いただいた紹介文は、患者さんに閲覧していただけるよう医療機関紹介シートに掲載します。医療機関紹介シートは別紙をご参照ください。)

## 【アンケート】

貴院の診療体制、対応可能な処置等について、差支えない範囲でお答えください。回答していただいた内容は、逆紹介の際に活用させていただきます。

医療機関名 \_\_\_\_\_

専門領域	
専門医資格	

### ■ 診療体制について（診療時間、交通アクセス等が分かる資料を添付していただいても構いません）

時間		月	火	水	木	金	土	日
午前	～							
午後	～							
交通アクセス								
駐車場		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし						
往診		<input type="checkbox"/> 可能（対応日・時間等： ） <input type="checkbox"/> 不可能						
備考		診療時間が基本時間と異なる曜日等についてご記入ください。						

### ■ 検査・処置等について

【検査】（可能なものに○をお願いします。）

CT ・ MR ・ 心電図 ・ ホルター心電図 ・ X線 ・ 内視鏡検査（胃 ・ 大腸）  
 エコー（心 ・ 腹部 ・ 頸部） ・ 血液検査 ・ 尿検査 ・ 睡眠時無呼吸検査  
 その他（ ）

【処置等】（対応欄の可能／要相談／不可能いずれかにチェックしてください。）

	項目	可能	要相談	不可能
専門的診療	点滴管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	糖尿病管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CPAP・ASV（対応可能なものに○をしてください。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	人工呼吸器・気管切開管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	在宅酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膀胱留置カテーテル交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃ろう管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	経鼻胃管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	高カロリー輸液管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投薬・処方	高齢者の精神患者・認知症の診療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	症状安定した精神疾患・認知症への投薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ワーファリン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	抗不整脈剤の管理投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	抗痙攣剤の管理投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>