

# 新古賀病院 連携登録医療機関申請書

様式第1号

登録を希望される医療機関は、この用紙に記載し、下記の連絡先へメールまたはFAXで送信ください。  
 ※記載頂いた内容は、当院ホームページに掲載および院内に掲示して患者・家族へ紹介します。

メール送付先 <a href="mailto:renkei@teniinkai.or.jp">renkei@teniinkai.or.jp</a>	F A X 送付先 <b>0942-38-2294</b>	記載日 年 月 日
--	----------------------------------	--------------

医療機関名	(ふりがな)									
院長名	(ふりがな)									
所在地	〒	駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
電話番号			F A X 番号							
メールアドレス										
ホームページURL										
診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科・心療内科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
対応可能な処置・診療	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所の届け出 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 疼痛(麻薬)管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 腹水穿刺 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 終末期看取り									
診療時間			月	火	水	木	金	土	日	
	午前診	～								
	午後診	～								
時間備考										
交通情報	最寄駅:	線						駅	徒歩	分
	バス停:									
ホームページ上に掲載		<input type="checkbox"/> 可		<input type="checkbox"/> 否						

上記内容にて申請致します。

(新古賀病院 記入欄)

登録年月日	
管理番号	