

(様式1)

宛先 神鋼記念病院 地域医療連携室 【FAX 078-261-6728】

連携医登録申請書

年 月 日

社会医療法人神鋼記念会
神鋼記念病院 病院長 殿

私は、社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院の連携医として登録致します。

申請者

医師・歯科医師 氏名

印

医療機関名称			
所在地		〒 -	
電話番号		() -	FAX番号 () -
		フリガナ 名前	性別
申請する 医師・ 歯科 医師	1		男・女
	2		男・女
	3		男・女
当院ホームページ・掲示板への掲載（医療機関名等）		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
貴院ホームページとのリンク （ご希望の先生は、URLを併せてご記入下さい） 〔URL〕		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
●在宅医療の提供について（アンケート）●			
(1)在宅療養支援診療所ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
(2)在宅医療について			
①定期訪問を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可) <input type="checkbox"/> いいえ			
②往診を行っていますか。 <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可) <input type="checkbox"/> いいえ			
③②で『はい』とご回答頂いた先生へお伺い致します。			
(a)がん患者さんの定期訪問・往診を行いますか。			
定期訪問 : <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可) <input type="checkbox"/> いいえ			
往 診 : <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可) <input type="checkbox"/> いいえ			
(b)対応可能な処置についてご教示下さい。			
<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 医療用麻薬 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> PCA) <input type="checkbox"/> 輸血			
<input type="checkbox"/> 腹腔穿刺 <input type="checkbox"/> 胸腔穿刺 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(3)当院ホームページ・掲示板への掲載について			
①定期訪問・往診の実施 <input type="checkbox"/> 掲載しても良い <input type="checkbox"/> 掲載は控えて欲しい			
②がん患者さんへの定期訪問・往診の実施 <input type="checkbox"/> 掲載しても良い <input type="checkbox"/> 掲載は控えて欲しい			
神鋼記念病院 記入欄	登録 <input type="checkbox"/>	登録日 年 月 日	連携医証 <input type="checkbox"/>
	名札 <input type="checkbox"/>	掲示 <input type="checkbox"/>	登録番号 -

※登録の承認につきましては、連携医証の発行をもって、代えさせていただきます。

※お預かりしました個人情報につきましては、適切に管理し地域医療連携の目的以外には利用致しません。

2022年11月 改訂