

# 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 専門とする診療科・診療領域
申請者名	1		男 ・ 女
	2		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(ご希望の場合、URLをご記入下さい) [URL]		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
★講演会情報等のメール配信 (ご希望の場合、メールアドレスをご記入下さい) [メールアドレス]		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
※メール配信をご希望の先生へ（お願い） ①医療機関名 ②医師名 ③メールアドレスを次のメールアドレスへ送信頂けますと幸いです。 [送付先メールアドレス（地域医療連携室）] renkei@shinkohp.or.jp			
●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			
当院記入欄	登録	<input type="checkbox"/> ( 年 月 日 )	連携医証 <input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 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、代えさせて頂きます。

※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。