

◆リハビリについてお伺いします。いずれかに○を付けて下さい。

リハビリスタッフ配置			
理学療法士	() 名	作業療法士	() 名
言語聴覚士	() 名	その他	()
柔道整復師	() 名	鍼灸師	() 名

リハビリ基準					
心大血管疾患リハ	1	有 ・ 無	心大血管疾患リハ	2	有 ・ 無
脳血管疾患リハ	1	有 ・ 無	脳血管疾患リハ	2	有 ・ 無
運動器リハ	1	有 ・ 無	運動器リハ	2	有 ・ 無
呼吸器リハ	1	有 ・ 無	呼吸器リハ	2	有 ・ 無
外来リハ	有 (PT ・ OT ・ ST) ・ 無				
訪問リハ (事業所名	()		有 (PT ・ OT ・ ST)	・ 無	
物理療法	有 ・ 無		鍼灸	有 ・ 無	
その他	()				

◆入院/外来及び在宅での診療行為についてお伺いします。いずれかに○を付けて下さい。

受入れ項目	外来	入院	在宅	受入れ項目	外来	入院	在宅
終末期医療	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	在宅酸素	可 ・ 不可	/	可 ・ 不可
疼痛コントロール	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	自己注射指導	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
人工呼吸器	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	IVH管理指導	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
外科術後創部処置	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	栄養指導 (栄養士)	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
気管カニューレ管理	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	麻薬管理	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
人工透析	可 ・ 不可	可 ・ 不可	/	ワーファリン管理	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
胃瘻造設	可 ・ 不可	可 ・ 不可	/	甲状腺機能	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可
胃瘻交換	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	糖尿病外来	可 ・ 不可	/	/
ペースメーカー管理	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	糖尿病教育入院	/	可 ・ 不可	/
植込み型除細動器	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	術眼への点眼	可 ・ 不可	可 ・ 不可	/
心臓再同期療法	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可	腹膜透析	可 ・ 不可	可 ・ 不可	可 ・ 不可

◆入院対応の窓口：該当する項目に () 内に○印、複数該当時は優先順位を () 内に数字で入力して下さい。

- () Dr to Dr (代表TEL・直通TEL)
- () 地域医療連携室 (代表TEL・直通TEL)
- () 医療相談室 (MSW) (代表TEL・直通TEL)
- () 看護師 (代表TEL・直通TEL) / 担当部署)
- () その他 ()

◎貴施設で受入れ可能、又は特に紹介を希望される疾患や病態について、ご記入ください。

◎上記の他に、当院へのご希望やお気づきの点がございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

この情報を地域の医療機関に公開することは
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

提携医（登録）申込書

診療所

フリガナ 氏名		男 ・ 女
学会認定資格		
開設者名		
医療機関名		
診療所所在地	〒	
連絡先	代表TEL ()	代表FAX ()
代表E-mail		

手稲溪仁会病院提携医（登録）の申込みを致します。

年 月 日

医療法人溪仁会
手稲溪仁会病院
院長 田中 繁道 殿

届出医師氏名 _____

<病院記載欄> 提携医番号 第 _____ 号

				センター長
1. 提携証の発行日	/	/	/	
2. ネームプレート発行日	/	/	/	
3. 地域医療情報公開	可・否	可・否	可・否	