

提携医療機関の基本情報

No. 1

記載者氏名（役職） _____（ _____ ）

記載日 _____平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名：							
標榜診療科：							
専門・特殊外来：							
学会認定資格：							
【診療時間】							【処方】
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
	<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 院内外選択可						
休診日	* 休診曜日は上枠に×印・年末年始休診日は下記に×印を付けて下さい 年末年始 12/27・28・29・30・31・1/1・2・3・4・5 国民の祝日（有・無）						
健康診断	<input type="checkbox"/> 特定健診事業 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 胃・大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺PSA検診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 雇入時健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック						
時間外診療の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（可能な時間： _____時 _____分～ _____時 _____分・可能な診療科： _____） 受入れの条件等： _____						
時間外入院の受入れ	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可（可能な時間： _____時 _____分～ _____時 _____分・可能な診療科： _____） 受入れの条件等： _____						
【病床機能】	（病床区分と各々の病床数・看護基準を入力して下さい）						
	入院基本料	病床数	看護基準		入院基本料	病床数	看護基準
【送迎】	救急車又は移送車両（有・無） 転院時の迎え（可・不可・相談）						
【在宅診療】	受入れの対象地域・条件等を（ ）内に記載して下さい。 <input type="checkbox"/> 訪問診療（ _____ ） <input type="checkbox"/> 訪問診療・往診（可・不可・相談） 外来患者の往診（可・不可・相談） その他の患者の往診（可・不可・相談） <input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名 _____）（ _____ ） 24時間連携体制加算の届出（有・無） リハビリスタッフ（有・無） 在宅時医学総合管理料の届出（有・無） 在宅末期医療総合診療料の届出（有・無） 在宅療養支援診療所の届出（有・無）						
施行可能な検査	X線単純撮影・心電図・CT(単純・造影)・MRI(単純・造影)・超音波・肺機能・消化管造影・血管造影 脳波・消化管内視鏡(上部・下部)・気管支鏡・骨塩定量・核医学・その他（ _____ ）						
関連施設	<input type="checkbox"/> 特養施設 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ST <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						

◆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
 可 不可

提携医（登録）申込書

病院

フリガナ 氏名		男 ・ 女
開設者名		
医療機関名		
病院所在地	〒	
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	