

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】

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

【処方】

☐ 院内☐ 院外☐ 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

☐ 特定健診事業☐ 一般健診☐ 胃・大腸がん検診☐ 乳がん検診☐ 子宮がん検診☐ 前立腺PSA検診
☐ 生活習慣病健診☐ 雇用時健診☐ 人間ドック☐ 脳ドック☐ 心臓ドック

時間外診療の有無

☐ 無☐ 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

☐ 否☐ 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。

☐ 訪問診療（ ）
☐ 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）
☐ 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

☐ 特養施設☐ 老健施設☐ 居宅介護支援事業所☐ 訪問看護ST☐ 訪問介護
☐ 特定施設☐ 高齢者専用賃貸住宅☐ ケアハウス☐ 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	柔道整復師	() 名
鍼灸師	() 名	その他	()

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
脳血管疾患リハ	1	有 ・ 無	脳血管疾患リハ
運動器リハ	1	有 ・ 無	運動器リハ
呼吸器リハ	1	有 ・ 無	呼吸器リハ
外来リハ	有 (P T ・ O T ・ S T) ・ 無		
訪問リハ(事業所名	) 有 (P T ・ O T ・ S T) ・ 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 成田 吉明 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	