

提携医療機関の基本情報

No. 1

記載者氏名（役職）（ ）

記 載 日 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 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 (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	