提携医療機関の基本情報　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】　＊休診曜日は×印を入力して下さい

	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
＊年末年始の休診日は下記に☑を入力して下さい。
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・条件等に☑と、（　）内は入力して下さい。
☐ 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 ）　在宅療養支援診療所の届出　（ ☐ 有　・　☐ 無 ）
在宅時医学総合管理料の届出　（ ☐ 有　・　☐ 無 ）　リハビリスタッフ　（ ☐ 有　・　☐ 無 ）
在宅末期医療総合診療料の届出　（ ☐ 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　☐ 訪問看護ステーション　☐ 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（　　）

提携医療機関の基本情報　②

◆リハビリについてお伺いします。

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	（　　）名

リハビリ基準	いずれかに☑を入力して下さい。		
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。各項目に「可」か「不可」を入力して下さい。

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

◆**入院対応の窓口**：該当する項目に☑を入力して（　）内は記載して下さい。

- □ 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　　）
- □ 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

患者サポートセンター　地域連携・医療相談室 宛
Fax011-685-2908

No.3

提携医（登録）申込書

診療所

フリガナ		□ 男 □ 女
氏　名		
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		

手稲渓仁会病院提携医（登録）の申込みを致します。

年　　月　　日

医療法人渓仁会
手稲渓仁会病院
院長　古田　康　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	20　/　/	20　/　/	20　/　/	㊞
2.ネームプレート発行日	20　/　/	20　/　/	20　/　/	
3.地域医療情報公開	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	