

記載者氏名（役職） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

記 載 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>医療機関名：</b>									
<b>標榜診療科：</b>									
<b>専門・特殊外来：</b>									
<b>学会認定資格：</b>									
<b>【診療時間】</b> * 休診曜日は×印を入力して下さい							<b>【処方】</b>		
	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									
<b>休診日</b>	* 年末年始の休診日は下記に☑を入力して下さい。 年末年始 <input type="checkbox"/> 12/27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 国民の祝日 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無								
<b>健康診断</b>	<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"/> 雇用時健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック								
<b>時間外診療の有無</b>	<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： _____								
<b>時間外入院の受入れ</b>	<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： _____								
<b>【病床機能】</b> （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
<b>【送 迎】</b> 救急車又は移送車両（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
転院時の迎え（ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 相談）									
<b>【在宅診療】</b> ：受入れの対象地域・条件等に☑と、（ ）内は入力して下さい。									
<input type="checkbox"/> 訪問診療（ _____ ）									
<input type="checkbox"/> 訪問診療・往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談） <input type="checkbox"/> 外来患者の往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 相談）									
<input type="checkbox"/> その他の患者の往診（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）    在宅療養支援診療所の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
在宅時医学総合管理料の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）    リハビリスタッフ（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
在宅末期医療総合診療料の届出（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無）									
<b>施行可能な検査</b>	<input type="checkbox"/> X線単純撮影 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> CT(単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI(単純・造影) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 消化管造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 消化管内視鏡(上部・下部) <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 核医学 <input type="checkbox"/> その他( _____ )								
<b>関連施設</b>	<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"/> 訪問看護ステーション <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。

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	( )名
柔道整復師	( )名	鍼灸師	( )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	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	心大血管疾患リハ 2	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )
脳血管疾患リハ 1	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	脳血管疾患リハ 2	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )
運動器リハ 1	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	運動器リハ 2	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )
呼吸器リハ 1	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	呼吸器リハ 2	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )
外来リハ	( <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST ) ・ <input type="checkbox"/> 無		
訪問リハ ( 事業所名 )	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST ) ・ <input type="checkbox"/> 無		
物理療法	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	鍼灸	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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			
ペースメーカー管理				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

提携医（登録）申込書

病院

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