

## 横須賀市立市民病院 医療連携登録申請用紙

ふりがな			
病院・診療所名			
ふりがな			
連携医師名(氏名)			理事長 院長 所長
生年月日	昭和・平成	年	月 日
所在地	(〒 - )		
電話番号			
ファックス番号			
E-mail			
診療時間			
休診日			
診療科目 専門分野、得意とする 分野をご記入くださ い。逆紹介の際 の重要な資料となりま す。			
往診	(有・無) 有の場合の受入れ制限 (受入れ制限無し・往診範囲により相談可・自院かかりつけ患者のみ・その他( ))		
在宅療養支援	(有・無) 緊急受入れ先指定病院( )		
治療可能な項目(チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 在宅末期医療 <input type="checkbox"/> 在宅栄養管理(経管栄養・IVH) <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡の管理 <input type="checkbox"/> インターフェロン管理 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(交換・管理) <input type="checkbox"/> ワーファリン投与管理 <input type="checkbox"/> 液体窒素療法 <input type="checkbox"/> 抜糸などの小さな処置 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> その他( )		
施行可能な検査(チェックしてください)	<input type="checkbox"/> X線単純撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )		

※上記内容で登録させていただきます。

登録内容に変更がございましたら、横須賀市立市民病院 地域医療連携室までご連絡ください。

公益社団法人 地域医療振興協会

横須賀市立市民病院 地域医療連携室

〒240-0195

神奈川県横須賀市長坂1-3-2

電話 046-858-1821

FAX 046-858-1826

複数の医師をご登録いただける場合は、こちらをご利用下さい。

ふりがな	
連携医師名(氏名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療科目 専門分野、得意とする分野 をご記入下さい。逆紹介の 際の重要な資料となりま す。 診療を担当する曜日が限 定されていましたら合わせ てご記入下さい。	
ふりがな	
連携医師名(氏名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療科目 専門分野、得意とする分野 をご記入下さい。逆紹介の 際の重要な資料となりま す。 診療を担当する曜日が限 定されていましたら合わせ てご記入下さい。	
ふりがな	
連携医師名(氏名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療科目 専門分野、得意とする分野 をご記入下さい。逆紹介の 際の重要な資料となりま す。 診療を担当する曜日が限 定されていましたら合わせ てご記入下さい。	
ふりがな	
連携医名(氏名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療科目 専門分野、得意とする分野 をご記入下さい。逆紹介の 際の重要な資料となりま す。 診療を担当する曜日が限 定されていましたら合わせ てご記入下さい。	
ふりがな	
連携医師名(氏名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療科目 専門分野、得意とする分野 をご記入下さい。逆紹介の 際の重要な資料となりま す。 診療を担当する曜日が限 定されていましたら合わせ てご記入下さい。	