

連携医療機関 登録内容確認書

*内容をご確認いただき、修正または追記をお願いします。

*ご確認後、下記FAX番号まで送信をお願いします。（修正・追記がない場合でも返信をお願いします。）

年 月 日

医療施設名			
院長名			
住所			
電話番号		FAX	
HPアドレス			

病床	<input type="checkbox"/> 有床 (床) <input type="checkbox"/> 無床		
診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 診療科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> リハビリ科	<input type="checkbox"/> 歯科
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

受入可能な 在宅医療行為	<input type="checkbox"/> 胃ろう管理	<input type="checkbox"/> 腸ろう管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養管理
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル
	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 糖尿病教育	<input type="checkbox"/> インシュリン療法
	<input type="checkbox"/> カニューレ交換	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> NIPPV	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与
	<input type="checkbox"/> 免疫療法	<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> CAPD
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

休診	曜日	AM	PM	

往診	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
----	----------------------------	-----------------------------

24時間対応	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
--------	----------------------------	-----------------------------

訪問看護	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
------	----------------------------	-----------------------------

訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
--------	----------------------------	-----------------------------

算定している管理料	<input type="checkbox"/> C002:在宅時医学総合管理料	<input type="checkbox"/> C002-2:特定施設入居時等医学総合管理料
	<input type="checkbox"/> C003:在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 <small>(C010:在宅自己注射指導管理料を除く)</small>

かかりつけ医 検索システム	<input type="checkbox"/> 公開	<input type="checkbox"/> 未公開	<input type="checkbox"/> 非公開
	→ 未公開、非公開の場合		<input type="checkbox"/> 公開を希望する <input type="checkbox"/> 公開を希望しない