

病診・病病連携登録票

年 月 日現在

施設名 _____

住所 〒 _____
 TEL _____ FAX _____

院長名 _____

診療科目 _____ 専門分野等 _____

診療日 _____

診療時間 _____ (備考 _____)
 _____ (備考 _____)

駐車場の有無 (有 ・ 無 : 台) _____

最寄駅ならびにアクセス情報 _____

時間外受 / 可 ・ 否 往診 / 可 ・ 否 入院 / 可 ・ 否

可能な入院期間 _____ 病床数 _____ 床

検査機器 胃カメラ 大腸ファイバー 注腸透視 血管造影
 CT MRI 心エコー 腹部エコー シンチグラム
 その他 (_____)

特 色

在宅酸素管理	可 ・ 否	ペースメーカー装着患者の受け入れ	可 ・ 否
気管切開管理	可 ・ 否	小児受け入れ	可 ・ 否
人工呼吸器管理	可 ・ 否	※可の場合新生児・乳児・幼児・学童以上	
中心静脈栄養管理	可 ・ 否	条件 (_____)	
尿路管理 (尿路変更患者)	可 ・ 否	入院リハビリ	可 ・ 否
人工肛門管理	可 ・ 否	リハビリ内容 (PT ・ OT ・ ST)	
胃瘻管理 (交換可・否)	可 ・ 否	(特記事項: _____)	
褥瘡の管理	可 ・ 否	通院リハビリ	可 ・ 否
麻薬の処方	可 ・ 否	(設備 _____)	
院外処方箋の発行	可 ・ 否	訪問、往診歯科治療・ケア	可 ・ 否
ワーファリン管理	可 ・ 否	抗癌剤投与 (入院点滴)	可 ・ 否
慢性肝不全 (腹水コントロール)	可 ・ 否	〃 (外来点滴)	可 ・ 否
PTCD ドレーン管理	可 ・ 否	〃 (経 口)	可 ・ 否
在宅 24h 管理	可 ・ 否	その他	
末期癌患者の受け入れ	可 ・ 否	(_____)	
MRSA 患者の受け入れ	可 ・ 否		
痴呆患者の受け入れ	可 ・ 否		
寝たきり患者の受け入れ	可 ・ 否		
膀胱瘻管理 (交換可・否)	可 ・ 否		
腎瘻 (交換可・否)	可 ・ 否		
透析	可 ・ 否		

※FAX で医療連携総合センター地域医療室 (FAX06-6416-8016 ・ 直通) へ送信してください。