**連携登録申込書**

東京山手メディカルセンター　地域医療連携室　行き

**ＦＡＸ　：　０３－３３６５－５９５１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  病院・診療所名 |  | ふりがな  連携医名 |  |
| 住所 | 〒　　　－ | | |
| 電　話・ＦＡＸ | 電話：　　　（　　　　）　　　　　ＦＡＸ：　　　（　　　　） | | |
| Ｅ-ｍａｉｌ |  | | |
| 診療時間 |  | | |
| 休診日 |  | | |
| 連絡可能な時間帯 |  | | |
| 診　療　科　目 | ※専門分野、得意とする分野をご記入下さい。逆紹介の重要な資料となります。 | | |
| 入院病床数 | □無　　　　□有　（　　　　床） | | |
| 施行可能な検査（該当するものの□を塗りつぶして■にしてください）  □Ｘ線単純撮影　　□上部消化管内視鏡　　□下部消化管内視鏡　　□ＣＴ　　□心電図　　□脳波  □超音波（心臓・腹部・乳腺・甲状腺・頚動脈）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 在宅医療提供 | □無　　　　□有　※有の場合は下記もご記入ください | | |
| ※治療可能な項目（該当するものの□を塗りつぶして■にしてください）  □在宅終末期医療　　□在宅栄養管理（経管栄養、ＩＶＨ等）　　□心不全管理  □膀胱内留置カテーテル　　□抗不整脈療法　　□在宅人工呼吸管理　　□在宅酸素療法  □脳血管障害後遺症のケア　　□褥瘡の管理　　□インターフェロン治療　　□人工肛門管理  □インスリン自己注射患者指導　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 連携希望の理由 |  | | |
| その他特記事項 |  | | |

◎上記記入のうえ、ＦＡＸ、郵送またはe-mailにてご送付下さい。

**東京山手メディカルセンター**

**地域医療連携室**

〒169-0073　　東京都新宿区百人町3-22-1

03-3364-0366（直通）

03-3365-5951（ＦＡＸ）

e-mail：renkei@yamate.jcho.go.jp