

# 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

**F A X : 0 3 - 3 3 6 5 - 5 9 5 1**

ふりがな 病院・診療所名		ふりがな 連携医名	
住 所	〒 ー		
電 話・F A X	電話： ( )	F A X： ( )	
E - m a i l			
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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 床)		
施行可能な検査（該当するものの <input type="checkbox"/> を塗りつぶして■にしてください） <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"/> C T <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 超音波（心臓・腹部・乳腺・甲状腺・頸動脈） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
在 宅 医 療 提 供	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> を塗りつぶして■にしてください） <input type="checkbox"/> 在宅終末期医療 <input type="checkbox"/> 在宅栄養管理（経管栄養、I V H等） <input type="checkbox"/> 心不全管理 <input type="checkbox"/> 膀胱内留置カテーテル <input type="checkbox"/> 抗不整脈療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症のケア <input type="checkbox"/> 褥瘡の管理 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 人工肛門管理 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連携希望の理由			
その他特記事項			

◎上記記入のうえ、F A X、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（F A X）

e-mail : renkei@yamate.jcho.go.jp