

大阪国際がんセンター 連携登録医療機関申請書(病院用) (様式第1号-2)

(2018.3.6 Ver.)

登録を希望される医療機関は、この用紙に記載し、下記の連絡先へFAXまたはメールで送信ください。
 ※記載頂いた内容は、当センターホームページに掲載および院内に掲示し、患者・家族へ紹介します。

◆医療機関写真、周辺地図の掲載可能な方は別途メールでの送付をお願いします。

M A I L 送 付 先	F A X 送 付 先	記載日
chiiki@mc.pref.osaka.jp	06-6945-1873	年 月 日

医療機関名	(ふりがな) 正式名称でお書きください							
院長名	(ふりがな) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性							
所在地	〒						駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
電話番号			FAX番号					
メールアドレス								
ホームページアドレス								
診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 内分泌内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> その他 ()							
診療時間		月	火	水	木	金	土	日
	午前診	~	24時間表記をお願いします。					
	午後診	~						
時間備考								
病院入院機能	<input type="checkbox"/> 一般急性期病床 <input type="checkbox"/> 療養型病床 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病床 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病床 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病床 <input type="checkbox"/> 障害者病床							
交通情報	最寄駅()線 駅							
自施設紹介文 (100字まで)	自施設の紹介文・コメント、特にご専門とする疾患などを100字以内でお書きください。 連携登録証に掲載します内容をお選びください。 医療機関写真は掲載可の場合、紹介カードのみに使用致します。							
連携登録証の掲載内容		<input type="checkbox"/> 医療機関名のみ					<input type="checkbox"/> 医療機関名と院長名	
ホームページ上に掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		医療機関写真掲載			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
紹介カードの作成・配布・院内掲示	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否							
「大阪府統一がん地域医療連携パス」の								
登録の有無	<input type="checkbox"/> 登録済み		<input type="checkbox"/> 登録希望		<input type="checkbox"/> 登録希望なし			

登録をご希望いただきましたら、後日連携パス施設申請用の資料をお送りします。