

大阪国際がんセンター 連携登録医療機関申請書(診療所・クリニック用)

(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て患者・家族へ紹介します。

◆医療機関写真、院長顔写真、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。

MAIL 送付先 chiiki@mc.pref.osaka.jp		FAX 送付先 06-6945-1873		記載日 年 月 日					
医療機関名 (ふりがな) 正式名称をお書きください									
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 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 ()								
対応可能な診療	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 疼痛(麻薬)管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 腹水穿刺 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 終末期看取り								
診療時間	午前診	～	月	火	水	木	金	土	日
	午後診	～	24時間表記でお書きください						
時間備考									
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 連携登録証の掲載内容をお選 医療機関写真・院長顔写真は、掲載可の場合、紹介カードにのみ使用致します。								
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		院長顔写真掲載		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
「大阪府統一がん地域医療連携パス」									
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致します。