

大阪国際がんセンター 連携登録医療機関申請書（病院用）

記載例

登録を希望される医療機関は、この用紙に記載し、下記の連絡先へメールまたはFAX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@oici.jp	06-6945-1873	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	メールアドレスは、情報発信用の連携登録医メーリングリストにのみ使用致します。(公開はしません)								
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 ()								
診療時間	午前診	～	月	火	水	木	金	土	日
	午後診	～	24時間表記でお願いします。						
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 徒歩 分								
自施設紹介文 (100字まで)	「ホームページ上に掲載」可の場合、医療機関名、院長名、所在地を掲載します。				別紙、紹介カード【見本】をご参照下さい。「医療機関写真掲載」可の場合、紹介カードにのみ使用します。				
連携登録証の掲載内容	<input type="checkbox"/> 医療機関名のみの掲載		<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」の登録医について			
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

「登録希望」の際は、連携パス施設申請用の資料をお送りします。

見本①

連携登録医療機関紹介カード

No.

〇〇病院

〒XXX-XXXX

◆所在地 △△市□□□□町1-2-3

◆連絡先 TEL 0X-XXXX-XXXX FAX XX-XXXX-XXX0

◆診療科目 消化器内科・呼吸器内科・循環器内科・腎臓内科・消化器外科・整形外科・皮膚科・リハビリ科

◆診療時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	○	○	○	○	○	○	×
18:00~19:30	×	×	×	×	×	×	×

◆対応可能な在宅医療および診療行為

在宅療養支援 診療所の届け出		訪問看護ステーションとの連携		往診 在宅酸素		訪問診療 疼痛（麻薬）管理	
気管切開		褥瘡		人工呼吸器		中心静脈栄養	
胃ろう・腸ろう		C Vポート		尿道カテーテル		腹水穿刺	
胸水穿刺		輸血		緩和ケア		看取り	

◆自施設紹介文

院長 ◇◇ △△

救急医療もできる限り対応しております。
がんに対する治療も行っていますのでいつでもご相談下さい。

◆地図

地図画像

◆HP

<http://www.△△△>

◆交通アクセス

地下鉄〇〇線「□□駅」改札口から徒歩約5分

※上記内容に変更がある場合もありますので、ご受診頂く際は、直接医療機関へご確認下さい。

大阪国際がんセンター

Osaka International Cancer Institute

2020/4/1

見本②

連携登録医療機関紹介カード

No.

〇〇クリニック

〒XXX-XXXX

◆所在地 △△市□□□□町1-2-3



◆連絡先 TEL 0X-XXXX-XXXX

FAX XX-XXXX-XXX0

◆診療科目

内科・リハビリテーション科・訪問診療（24時間対応）

※訪問診療中の患者様のみ往診可能

◆診療時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	○	○	○	○	○	○	×
13:30~16:30	○	○	○	○	○	×	×
18:00~19:30	○	×	○	×	○	×	×

◆対応可能な在宅医療および診療行為

在宅療養支援 診療所の届け出	○	訪問看護ステーションとの連携	○	往診	○	訪問診療	○
気管切開	○	褥瘡	○	在宅酸素	○	疼痛（麻薬）管理	○
胃ろう・腸ろう	○	C Vポート	○	人工呼吸器	○	中心静脈栄養	○
胸水穿刺	○	輸血	○	尿道カテーテル	○	腹水穿刺	-
				緩和ケア	○	看取り	○

◆自施設紹介文

院長 ◇◇ △△



常勤医〇名で訪問看護を積極的に行っております。がん末期状態・老衰などでは、本人の希望に応じて24時間体制で看取りも行っております。

◆地図



◆HP

<http://www.△△△>

◆交通アクセス

地下鉄〇〇線「□□駅」改札口から徒歩約5分

※上記内容に変更がある場合もありますので、ご受診頂く際は、直接医療機関へご確認下さい。

大阪国際がんセンター

Osaka International Cancer Institute

2020/4/1