

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@oici.jp	FAX 送付先 06-6945-1873	記載日 年 月 日
-----------------------------------	--------------------------------	--------------

医療機関名	(ふりがな)								
院長名	(ふりがな)								
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"/> 在宅療養支援診療所の届け出 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションとの連携 <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"/> 褥瘡処置 <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		月	火	水	木	金	土	日	
	午前診	～							
	午後診	～							
時間備考									
交通情報	最寄駅: _____ 線 _____ 駅 徒歩 _____ 分								
自施設紹介文 (100字まで)									
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」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
-------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------