

登録医情報

【基本情報】

年 月 日現在

医療機関名	
医療機関住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
最寄り駅	_____線 _____駅から 徒歩 _____分 または _____にて _____分
E-M a i l	
URL	
医 師 名	
出身大学	
標榜診療科	

【検診等】

※ □にチェックしてください。

主治医意見書の記載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	肺がん検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
院外処方	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	乳がん検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
<検診>		骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
基本健康診断	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	1歳6ヶ月検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
胃がん検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	妊婦・乳児検診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

【予防接種】

※ □にチェックしてください。

3種混合	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	2種混合	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	風疹	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
破傷風	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
水痘	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		

【診療体制】

※ 例ー診療時間 9:00~12:00、曜日には○・×を記載

診療時間		月	火	水	木	金	土	日
午前	～							
午後	～							
<コメント>								
駐車場 有・無								

【予約診療】 ※ にチェックしてください。

予約診療	<input type="checkbox"/> 初診のみ <input type="checkbox"/> 再診のみ <input type="checkbox"/> 初再診 <input type="checkbox"/> 不可
予約方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来院時 <input type="checkbox"/> その他
<コメント>	

【在宅関係】 ※ にチェックしてください。

往診	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	訪問診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	在宅24時間対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
在宅医療可能な時間帯		<コメント>【 _____ 】			

【在宅医療で可能な処置等】 ※ にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 在宅IVH	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 褥創・創傷処置	
<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 腎ろう	<input type="checkbox"/> PTCD
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテ	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 胃ろう
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射	<input type="checkbox"/> 看取り	<input type="checkbox"/> カニューレ・レティナの管理		
<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】				
<コメント>				

【その他】 ※ にチェックしてください。

<設備>					
<input type="checkbox"/> 検体検査(血液)	<input type="checkbox"/> X線	<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> 電子カルテ	<input type="checkbox"/> 心電図計				
<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】					

<専門分野、専門医等>

※ にチェックしてください。

当センターホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
-----------------	---

この登録医情報は、当センター医療・地域連携課で、逆紹介及び在宅支援情報等に活用させていただきます。

日本赤十字社医療センター
医療・地域連携課