

登録医情報(歯科用)

【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-Mail	
URL	
医師名	
出身大学	
標榜診療科	

【診療体制】 ※ 例－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								

【保険医療機関、公費負担医療機関の種類】

<input type="checkbox"/> 保険医療機関	<input type="checkbox"/> 生活保護法指定医療機関
---------------------------------	--------------------------------------

【ご専門とされる診療領域】

<input type="checkbox"/> 補綴治療（ <input type="checkbox"/> クラウンブリッジ、 <input type="checkbox"/> 義歯）	
<input type="checkbox"/> 歯周治療	<input type="checkbox"/> 歯内療法（ <input type="checkbox"/> 自由診療、 <input type="checkbox"/> 保険診療）
<input type="checkbox"/> 口腔外科	<input type="checkbox"/> インプラント治療
<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 歯科矯正
<input type="checkbox"/> その他【 】	

【認定医、専門医等の資格】

--

【その他、ご対応いただける診療項目】

<input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 障害者診療	

【設備・その他】

<input type="checkbox"/> CT装置	<input type="checkbox"/> マイクロスコープ	<input type="checkbox"/> バリアフリー
<input type="checkbox"/> 個室診療	<input type="checkbox"/> 外国語対応（言語名： ）	
<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	

【予約診療】

<input type="checkbox"/> 完全予約制	<input type="checkbox"/> 急患対応可
--------------------------------	--------------------------------

【予約方法】

<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> インターネット
-----------------------------	------------------------------	----------------------------------

※ 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