

東京臨海病院登録医申請書

東京臨海病院

院長 白杵 二郎 様

私は、東京臨海病院登録医となることを申請いたします。

年 月 日

ふりがな

登録医療機関名

所在地

電話番号

F A X 番号

ふりがな

代表者名

Ⓜ 男・女

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

自宅住所

自宅電話番号

地域医療連携推進事業に関するアンケート

■ 所属医師会 _____

■ 医療機関名 _____

■ 医師名 _____

■ 住所（〒 — ） _____

■ 電話番号 _____

■ F A X _____

■ ホームページアドレス _____

■ 専門・得意領域 _____

■ 標榜診療科名 _____

■ 入院病床 有（ 床 ） ・ 無 _____

■ 診療日：時間

	月	火	水	木	金	土	日
午前（ : ~ : ）							
午後（ : ~ : ）							
休診日							
備考							

上記情報の当院施設内および、ホームページへの掲示を、

承諾します

承諾しません

（どちらかに○をつけてください）

■ 東京臨海病院からの紹介患者に対応可能な診療項目について

(該当する項目の対応欄に○を、〔〕内に適宜お書きください)

診療項目	対応		
	可能	要相談	不可能
点滴注射			
中心静脈栄養管理			
胃瘻患者管理(投与・カテーテル交換)			
経鼻経管栄養・管理			
膀胱留置カテーテル交換・管理			
在宅酸素療法・管理			
気管切開患者管理			
人工呼吸器管理(在宅含む)			
インスリン療法・管理			
ワーファリン管理			
抗不整脈薬の投与			
がん化学療法(内服・注射)			
輸血管理(MAP)			
血液製剤投与(アルブミンなど)			
がん緩和医療			
終末期医療(貴施設内・往診など)			
理学療法			
往診			
条件・時間帯等()			
訪問診療			
条件・時間帯等()			
その他対応可能な項目がございましたらお書きください 〔)			

■ 貴院の医療情報について (該当する項目の対応欄に○を、〔〕内に適宜お書きください)

	項目	対応	項目	対応	項目	対応
検査	一般検査(血液・検尿)		心電図		胸部X線	
	胃X線		注腸X線		その他単純X線	
	その他造影X線		上部内視鏡		下部内視鏡	
	腹部エコー		心エコー		CT	
	MRI					
	その他対応可能な項目がございましたらお書きください 〔)					
手技 手術等	外来小手術などをお書きください 〔)					
東京臨海病院との医療連携について、ご意見やお気づきの点をお書きください 〔)						

ご協力ありがとうございました。