

岡山市立市民病院地域連携医療機関 登録申込書

年 月 日

岡山市立市民病院の地域連携医療機関への登録を申請します。

名称	ふりがな								
	医療機関名								
院長	ふりがな								
	院長氏名								
住所		〒 ー							
TEL									
FAX									
標榜診療科名									
診療日・診療時間(診療日に○を記入してください)									
		月	火	水	木	金	土	日	祝
午前	～								
午後	～								
変則的な曜日と時間 例)土曜日は16時まで									
<p>記入していただいた貴院の情報を当院のホームページに掲載してよろしいでしょうか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>当院の診療に関する冊子、広報誌や研修会の案内等を送付してよろしいでしょうか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>									
特色・コメント ※任意									

以下、岡山市立市民病院記入欄

登録日	登録一覧表	地連システム	HP	掲示板	確認
年 月 日		/	/	/	/



岡山市立市民病院
地域連携医療機関アンケート

FAX:086-737-3011

医療機関名	
院長氏名	

診療体制	<input type="checkbox"/> 外来のみ
	<input type="checkbox"/> 入院病床あり 床
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> その他()
外国語対応	<input type="checkbox"/> 可能→対応可能言語()
	<input type="checkbox"/> 不可

以下、ご対応が可能な項目にチェックをお願いします。

診療	<input type="checkbox"/>	CPAP療法
注射	<input type="checkbox"/>	イベニティ皮下注
生理検査	<input type="checkbox"/>	腹部超音波
	<input type="checkbox"/>	甲状腺超音波
画像検査	<input type="checkbox"/>	CT検査
	<input type="checkbox"/>	MRI検査
	<input type="checkbox"/>	骨塩定量検査
内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	胃カメラ
	<input type="checkbox"/>	大腸カメラ
リハビリ	<input type="checkbox"/>	入院でのリハビリ
	<input type="checkbox"/>	外来でのリハビリ
	<input type="checkbox"/>	理学療法士によるリハビリ
	<input type="checkbox"/>	作業療法士によるリハビリ
	<input type="checkbox"/>	言語聴覚士によるリハビリ
	<input type="checkbox"/>	心臓リハビリ
備考		

以下、岡山市立市民病院記入欄

受付日	登録番号	登録一覧表	HP	確認
年 月 日		/	/	/