

(旧)

別紙様式第1号 (第2第1項関係)

医療連携協定締結申請書

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名

代表者

(役職・氏名)

印

貴院の連携医療機関となることを希望いたしますので、別紙のとおり医療連携協定登録票を送ります。

(旧)

医療連携協定登録票

記載日 令和 年 月 日

フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
代表者(院長)			
住 所	〒 _____		
医療機関URL			
当院から貴院へ 患者さんを紹介させて いただく場合の 担当窓口等 <sup>※1</sup>	【部署名】		
	【電話】( _____ ) 【FAX】( _____ )		
	【E-mail】		
	【備考】		
貴院へ紹介時の予約	要 ・ 不要	診療情報の事前提供 <sup>※2</sup>	要 ・ 不要
画像提供時の媒体 <sup>※3</sup>	<input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

※1:主に外来患者さんの紹介を想定しております(複数記載可)

※2:原則、原本を患者さんが持参いたします

※3:希望の優先順位がある場合は、□内に数字を記載してください。ない場合は対応可能なものは□を記載してください。

診療科目 (該当する診療科目に チェックしてください。 該当するものがない 場合は、空欄に追記し てください。)	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科
	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科
	<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科	<input type="checkbox"/> 小児科・思春期科	<input type="checkbox"/> 新生児科
	<input type="checkbox"/> 心臓外科	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 肝胆膵・移植外科	<input type="checkbox"/> 消化管外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 腎泌尿器外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 周産母子科
	<input type="checkbox"/> 女性医学科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 総合診療部	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
	<input type="checkbox"/> 麻酔科・蘇生科・ペインクリニック科		<input type="checkbox"/> 形成外科	
	専門外来等			

■診察受付時間、休診日等をご記入ください。(診療受付時間等がわかる資料を添付いただいても構いません)

曜日	診療科	午 前	午 後	備 考
例)月火水金	呼吸器内科	8:00~11:00	13:00~15:00	予約制あり
休診日				

病 床	病床の有無	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 一般病床 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 精神病床	
	<input type="checkbox"/> 医療療養病床 <input type="checkbox"/> 介護療養病床 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病床	
	<input type="checkbox"/> その他( _____ )	
可能な検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波	
	<input type="checkbox"/> その他( _____ )	
リハビリスタッフ	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法士	

☆貴院の特徴やPRをご記載ください☆

---



---



---

(旧)

	診療可能な項目	入院			外来			在宅			特記事項
		可	不可	相談	可	不可	相談	可	不可	相談	
在宅医療	往診	/			/						
	訪問診療										
	訪問看護										
	訪問リハビリ										
医療管理	気管カニューレ管理										
	在宅酸素導入・管理										
	人工呼吸器管理										
	非侵襲的陽圧呼吸器										
	自己注射指導管理										
	CVポート挿入										
	CVポート管理										
	中心静脈栄養管理										
	点滴管理										
	経管栄養管理										
	胃ろう交換										
	胃ろう管理										
	腎ろう交換										
	腎ろう管理										
	腸ろうカテーテル交換										
	腸ろうカテーテル管理										
	人工肛門の管理										
	ウロストーマの管理										
	自己導尿の管理										
	PTCD等ドレーン管理										
	イレウスチューブ管理										
	胃管管理										
	人工透析										
腹膜透析											
褥瘡管理											
病態	神経難病患者の診療										
	HIV患者の診療										
	認知症患者の診療										
	がん化学療法										
	高齢者終末期医療										
	がんの終末期医療 (※)										
	在宅療養中のレスパイト入院 医療区分1のリハビリ目的入院				/			/			

※ がんの終末期医療について「可」もしくは「相談」と回答された場合、以下の回答もお願いします。

	診療可能な緩和ケア	入院			外来			在宅			特記事項
		可	不可	相談	可	不可	相談	可	不可	相談	
がんの終末期医療	医療用麻薬による疼痛緩和										
	鎮痛補助薬の使用										
	持続静注・皮下注による疼痛管理										
	神経ブロック										
	硬膜外ブロック管理										
	くも膜下ブロック管理										
	腹腔穿刺										
	腹腔ドレーン管理										
	胸腔穿刺										
	胸腔ドレーン管理										
	緩和リハビリ										
	せん妄など精神症状への対応										