

診療所・クリニック用

医療機関名:		院長名:	
URL:	有・無 http://		
出身大学		医師会	無・有→(<input type="checkbox"/> 医師会)
住所:	〒	電話番号:	
		FAX:	
最寄り駅:	線	駅	医療機関までの所要時間: (徒歩、車、バス) 分
標榜診療科:			

- 駐車場: 有り 無し 車での来院は控えて欲しい
 エレベーター: 有り 無し
 バリアフリー対応: 道路から診察室までの車椅子移動ができる トイレ内に手すりがある
 トイレ内での車椅子移動ができる 洋式トイレがある

診療科開始時間(時間を記入のうえ、診療曜日に○を付けてください。)

	月	火	水	木	金	土	日	祝
～								
～								

- ◎印の 曜日は : ~ :
 予約診療: 有り 無し 完全予約制
 休診日: 毎週 曜日・祝日・年末年始

下記の事項は、連携の参考とさせて頂く事を目的としています。第三者や患者、患者家族に開示いたしません。

得意分野や力を入れている診療:
専門医:

※可能な項目にチェックをお願いします。

- 透析: 血液透析 腹膜透析
 (送迎: 有り 無し)
- 訪問診療: 終末期 可 不可
 がん 可 不可
 認知症 可 不可
 小児 可 不可

※ 入院病床をお持ちの医療機関は「地域連携医療協力機関制度登録用紙」共通(入院)にもご記入をお願いいたします。

- 取扱保険: 社会保険 国民健康保険 前期高齢者 後期高齢者
 生活保護 労災保険 自賠責保険

- 検査: 心電図 ホルター心電図 超音波検査
 心臓超音波検査 X-P CT
 上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡 MRI
 その他()

- リハビリ: 理学療法士によるリハビリ 作業療法士によるリハビリ
 言語療法士によるリハビリ