

登録医療機関施設申請書

FAX 03-5261-4738

当院では、地域医療機関との連携を深め、紹介・逆紹介を効率的に行うため、登録医療機関施設の登録をお願いしております。

また、地域医療機関にて診療中の患者様のうち、検査機器（MRI・CT・RI・胃カメラ・大腸カメラ・エコー検査）のみの診断結果も報告させていただくシステムもございますので、是非、登録をお願いいたします。

（ふりがな）	
施設名称	
（ふりがな）	
院長・所長名	
住所	〒
電話	
FAX	
診療時間	
休診日	
診療科目	
当院からの逆紹介を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
在宅医療を	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
往診可能な項目をチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 往診可能	<input type="checkbox"/> 在宅末期診療 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法
<input type="checkbox"/> 在宅栄養管理（ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH）	
<input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導	<input type="checkbox"/> 尿路カテーテル
JCHO東京新宿メディカルセンターのホームページ等広報資料で登録医療機関一覧に掲載することを	
	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない
登録医療機関リーフレットの作成を	
	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない

記載日 年 月 日

JCHO東京新宿メディカルセンターへのご意見

ご協力ありがとうございました。登録医療機関施設に承諾いただいた医療機関には、登録次第、「登録医療機関証」をお送りいたします。

JCHO東京新宿メディカルセンター 患者サポートセンター

〒162-8543 東京都新宿区津久戸町5-1

電話03-3269-8115 FAX03-5261-4738