

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