

大阪母子医療センター連携医療機関変更届 【クリニック用】

※変更のあった箇所のみご記入ください。

医師名	(フリガナ)		(男・女)							
年 月 日 記載										
医療機関名	(フリガナ)		所属医師会							
ご住所	(〒 -)			駐車場	<input type="checkbox"/> 有(台) <input type="checkbox"/> 無					
				ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
電話番号	()		FAX 番号	()						
メールアドレス			ホームページアドレス							
診療科										
得意とする分野 (専門資格等)										
診療時間	午前	月	火	水	木	金	土	日	休診日	[備考]※午前・午後の診療時間など
	午後									
交通案内	最寄駅 (線) 駅 徒歩・バス (バス停) 分									
予約	<input type="checkbox"/> 予約不要 <input type="checkbox"/> 完全予約制 <input type="checkbox"/> その他 []									
往診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [地域・時間等の条件]									
その他 (医療設備等)										
対応可能な年齢	<input type="checkbox"/> 新生児 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 中学生以上 <input type="checkbox"/> 成人 [備考]									
対応可能な処置・治療	<input type="checkbox"/> DIV 管理 <input type="checkbox"/> 喘息治療 <input type="checkbox"/> インシュリン治療 <input type="checkbox"/> 小手術後消毒・抜糸 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 []									
対応可能な在宅医療	<input type="checkbox"/> 在宅自己注射指導 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 自己導尿指導 <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅経管栄養法指導 <input type="checkbox"/> その他・条件等 [] []									
在宅医療患者の一般的な診療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要相談・条件等 [] []									
ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません									

大阪母子医療センター連携医療機関登録制度実施要綱第 6 条に基づき、登録内容の変更を届け出ます。

年 月 日

大阪母子医療センター 総長殿