様式第３号

大阪母子医療センター連携医療機関変更届　【病院用】

※変更のあった箇所のみご記入ください。

病院長名	（フリガナ）

年　　月　　日 記載

医療機関名	（フリガナ）	病床数 ［　　］床	
ご 住 所	（〒　　ー　　）		
電話番号	（　　）	FAX 番号	（　　）
ホームページ	□有　　□無		
種別	□特定機能病院　□地域医療支援病院　□総合病院 □一般病院（科：　　）　□単科病院（科：　　）		
得意とする分野			
予　　約	□予約不要　□予約制　□その他〔　　〕		
地域医療連携	地域連携担当部門名称〔　　〕 電話番号　〔　　〕		
予約方法			

※患者さまを紹介させて頂くにあたり、以下の項目について教えてください。

入院可能年　　齢	□新生児　□乳児　□幼児　□小学生　□中学生　□中学生以上　□成人 ［備考］ 付き添い　□要　□否
対応可能な入院医　　療	□レスパイト入院（条件：　　） □人工換気療法　□気管切開　□中心静脈療法　□腹膜透析　□経管栄養 □その他
特 記 事 項	その他条件等はこちらにご記入ください

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