

※大変お手数ですが、FAX または郵送でご返信お願いいたします

送信先：大阪母子医療センター 患者支援センター

住所 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840 FAX 0725-56-7785

※当センター記入欄
連携医番号

大阪母子医療センター連携医療機関登録票

医師名	(フリガナ) (男・女)
-----	---------------------

【クリニック用】

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	月	火	水	木	金	土	日	休診日	[備考]※午前・午後の診療時間など
	午前								
	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)	<input type="checkbox"/> 車いす可								

※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。

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[] []
特記事項	その他条件等はこちらにご記入ください

■ 母子医療センターホームページへの掲載(施設名と医師名等)に同意します

(同意しない場合は右記にをご記入下さい: 同意しません)