

※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

病院長名	(フリガナ)	【病院用】	
		年	月 日 記載
医療機関名	(フリガナ)	病床数 [] 床	
ご住所	(〒 -)		
電話番号	()	FAX 番号	()
ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
種別	<input type="checkbox"/> 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> 一般病院(科:) <input type="checkbox"/> 単科病院(科:)		
得意とする分野			
予約	<input type="checkbox"/> 予約不要 <input type="checkbox"/> 予約制 <input type="checkbox"/> 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	<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] 付き添い <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
対応可能な入院医療	<input type="checkbox"/> レスパイト入院(条件:) <input type="checkbox"/> 人工換気療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈療法 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 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

■ 母子医療センターホームページへの掲載（施設名と住所）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 ）