

産科セミオープンシステム登録申請書

年 月 日

大阪母子医療センター総長 様

大阪母子医療センター産科セミオープンシステムの協力事項について確認し、了承のうえ引き続き産科セミオープンシステムを利用したいので、下記のとおり登録を申請します。

医療機関名	
開設者氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
その他特記事項	

大阪母子医療センター産科セミオープンシステムの協力事項

	項目	チェック
1	初期検査 ^注 を実施し結果説明後、妊娠 16 週までに当センターに紹介してください	<input type="checkbox"/> 了承
2	「産科セミオープンシステムスケジュール」の妊婦健診スケジュールに沿って妊婦健診を行ってください	<input type="checkbox"/> 了承
3	「産科セミオープンシステムスケジュール」の必須の検査欄に、医療機関名を記入してください また、検査結果は、母子健康手帳に貼付してください	<input type="checkbox"/> 了承
4	当センターからご紹介させていただくセミオープン管理希望妊婦の健診を行ってください	<input type="checkbox"/> 了承

注) 初期検査(血液型+間接クームス、梅毒、B型肝炎、貧血、血糖、C型肝炎、HTLV-1、HIV、風疹、超音波検査(胎児頭殿長)、子宮頸がん検査^{**} ※※6か月以内に実施している場合は必須ではない

当センターのホームページに貴院のホームページをリンクさせてよろしいですか	<input type="checkbox"/> 了承 <input type="checkbox"/> 拒否
--------------------------------------	---