

FAX : 03-3202-1003

ふりがな 病院・診療所名	
ふりがな 連携医名	しめい 氏名
住 所	〒 ー ー 都 道 区 府 県 市 郡
電 話	ー ()
F A X	ー ()
E-mail	@ * 各種案内送付のために必要となりますので、お持ちの場合は是非ご記入下さい。
URL	http://www
診 療 時 間	
休 診 日	
連絡可能な時間帯	
診 療 科 目 * 専門分野、得意とする分野をご記入下さい。逆紹介の重要な資料となります。	
在宅医療提供	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院病床数	<input type="checkbox"/> 有 (床) <input type="checkbox"/> 無
* 治療可能な項目 (チェックして下さい。)	
<input type="checkbox"/> 往診可能 <input type="checkbox"/> 在宅末期治療 <input type="checkbox"/> 在宅栄養管理 (経管栄養、IVH 等) <input type="checkbox"/> 心不全管理 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 抗不整脈療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症のケア <input type="checkbox"/> 褥瘡の管理 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 在宅支援診療所 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
* 施行可能な検査 (チェックして下さい。)	
<input type="checkbox"/> X線単純撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部消化管造影撮影 <input type="checkbox"/> 下部消化管造影撮影 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 気管支内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()	
* 当センターの図書館の利用希望の有無	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※利用希望有の場合は、名札を発行させていただきますので、 顔写真 (証明写真のような写真) もご送付下さい。	

【お願い】

- * 上記記入のうえ、FAX、郵送又は e-mail にてご送付下さい。
- * 上記の内容で当センターに連携医登録をさせていただきます。内容に変更ができましたら、地域医療連携係までご連絡下さい。

国立国際医療研究センター病院
 連携医療ネット 地域医療連携係

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1

03-3202-8066 (直通)

03-3202-1003 (FAX)

e-mail : iryourenkei@hosp.ncgm.go.jp