国立国際医療研究センター病院　医療連携室　行

FAX　03-3202-1003

連携登録医　申 込 書

ふりがな 病院・診療所名	
ふりがな 連携医氏名	
住　　所	〒
電　　話	
ＦＡＸ番号	
E-ｍａｉｌ	
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ください。	
在宅医療	☐ 訪問診療　☐ 往診　☐ なし
入院病床	☐ あり（　　）床　☐ なし

※可能な治療・処置等
☐ 在宅終末期医療　☐ 在宅栄養管理（経管栄養・IVH 等）　☐ 心不全管理　☐ 尿路カテーテル
☐ 抗不整脈療法　☐ 在宅人工呼吸器管理　☐ 在宅酸素療法　☐ 脳血管障害後遺症のケア
☐ 褥瘡の管理　☐ インターフェロン治療　☐ インスリン自己注射患者指導　☐ 輸血
☐ その他（　　）

※可能な検査
☐ X 線単純撮影　☐ 上部消化管内視鏡　☐ 下部消化管内視鏡　☐上部消化管造影撮影
☐ 下部消化管造影撮影　☐ 肺機能　☐ 心電図　☐ 超音波　☐ 心臓エコー　☐ 脳波　☐ CT　☐ MRI
☐ 気管支内視鏡　☐ その他（　　）

※当センターの図書館の利用希望
☐ あり　☐ なし　　利用希望の場合は、名札を発行させていただきますので、顔写真（証明写真のようなもの）もご送付ください。

【お 願 い】
- 上記を記入の上、FAX、郵送または E-mail にてご送付ください。
- 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、医療連携室までご連絡ください。

国立国際医療研究センター病院　医療連携室
〒162-8655　東京都新宿区戸山 1-21-1
TEL 03-3202-8066　FAX 03-3202-1003
E-mail iryourenkei@hosp.ncgm.go.jp