

宮城県立こども病院 登録医療機関(登録医)申込書

宮城県立こども病院
院長 林 富 様

本医療機関又は勤務する医師は、「宮城県立こども病院」登録医療機関又は登録医として、申し込みます。

平成 年 月 日

医師会区分	・仙台市医師会 ・仙台歯科医師会 ()医師会								
フリガナ									
医療機関名 (又は勤務する医療機関名)									
フリガナ									
開設者名 (又は医師名)									
郵便番号	〒								
住 所									
電話番号	—				—				
FAX番号	—				—				
ホームページ									
E-mail									
診療科名					* 専門分野、得意とする分野をご記入ください。 * 逆紹介の重要な資料となります。				
診療時間	午前 午後	時	分	～	時	分	～	時	分
休 診 日		日	月	火	水	木	金	土	祝日
休診の曜日に、× をつけてください。	午前								
	午後								
診 療 情 報	入院病床	有 (床) ・ 無							
	往 診	可 ・ 不可 場合によっては可 ()							
	往診時間帯	随時 ・ 診療時間内 ・ 診療時間外							
	訪問診療	有 ・ 無 場合によっては可 ()							
	訪問診療を行っている項目に○を記載してください。	1. 点滴 2. 経管栄養 3. 中心静脈栄養 4. 在宅酸素 5. 尿留置カテーテル 6. 腹膜透析 7. 人工呼吸器 8. 在宅医療を必要とする癌患者 9. 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 10. 末期(癌)患者の終末医療 11. その他 ()							
その他									

本登録用紙にてご記入いただいた情報は、医療従事者向けに広報を行う際、使用いたします。
ご了承の上、ご記入は正確をお願いします。