東京女子医科大学病院
Tokyo Women's Medical University Hospital

連携登録医　申込書

年　月　日 記入

ふりがな 病院・診療所名	
ふりがな 連携医氏名	
住　所	〒
電　話	
FAX	
E-mail	
URL	
診療時間	
休診日	
連絡可能な時間帯	
診 療 科 目 専門分野など	
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　（該当する項目にチェック及び〇で囲んでください）
□ 在宅終末期医療　□ 在宅栄養管理（経管栄養・IVH等）　□ 尿路カテーテル
□慢性心不全管理　□ 慢性期虚血性心疾患管理　□ 抗凝固療法　□ 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　□腹膜透析　□ストマケア
□ 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　（該当する項目にチェック及び〇で囲んでください）
□ X線単純撮影　□ 血液検査　□内視鏡（ 上部消化管・下部消化管・気管支 ）
□ 造影撮影（ 上部消化管・下部消化管 ）　□肺機能　□心電図　□超音波（ 腹部・頸部・乳房 ）
□心臓エコー　□ 脳波　□ CT □ MRI　□ その他（　　）

※当院の図書館の利用希望　□ あり　□ なし　※ご利用に関しては別途ご案内いたします。

当院へのご意見・ご要望	

※上記記入の上、FAXまたは郵便にてお送りください。
登録後、登録内容に変更などがございましたら、
地域連携室までご連絡をお願いいたします。

東京女子医科大学病院
医療連携・入退院支援部　地域連携室
〒162-8666　東京都新宿区河田町8-1
TEL：03-5269-7160　FAX：03-5269-7387

令和3年 10月