

連携登録医同意書 兼 連携情報提供書

山梨県立中央病院

以下のご記入(あるいは訂正)をお願いいたします

先生のお名前 医療機関のお名前 区分 医科 歯科 病床がありましたら、 その数

所在地 TEL

FAX URL メールアドレス

外来 月AM 火AM 水AM 木AM 金AM 土AM 日AM
 診療時間帯 月PM 火PM 水PM 木PM 金PM 土PM 日PM

ご意見・ご要望を
お願いいたします。

連携登録医の同意をいただけますか？

⇒同意する ⇒ 連携登録医同意のサインを
お願いいたします。 印

⇒ 連携登録医の先生方のリストを当院ホームページ上に掲載し、お名前を院内に掲示させていただきたいと考えておりますが、掲載・掲示を希望されない場合は、右欄に×をお願いいたします。

⇒同意をいただけない場合でも、下記の情報をご返送いただければ幸いです。

対応可能な診療科に○を付けてください

一般内科 呼吸器内科 消化器内科 糖尿病内科 内分泌内科 血液内科 循環器内科 腎臓内科 透析科

アレルギー科 リウマチ科 膠原病内科 神経内科 心療内科 精神科 小児科 皮膚科 化学療法科

外科 乳腺外科 整形外科 形成外科 産科 婦人科 小児外科 脳神経外科 心臓血管外科

泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科 緩和ケア科 リハビリ科 歯科

口腔外科 その他

対応可能な病態に○を付けてください

経過観察がん患者 化学療法継続がん患者 終末期がん患者 肺がん 胃がん 大腸がん 肝臓がん 乳がん 前立腺がん 子宮がん

糖尿病 高血圧 認知症 脳血管障害 神経変性疾患 アルコール依存症 慢性呼吸器疾患 喘息 肺炎

消化管疾患 肝・胆・膵疾患 慢性肝炎 冠動脈疾患 慢性心不全 ペースメーカー 血液疾患 慢性腎臓病CKD 透析患者

リウマチ 膠原病 慢性皮膚潰瘍 アトピー性皮膚炎 小児 新生児 肛門疾患

その他

対応可能な治療等に○を付けてください

インスリン自己注射 気管切開 人工呼吸器 膀胱カテ 腎瘻カテ 人工肛門 IVHポート有 IVHポート無 鼻腔栄養

胃瘻 腸瘻 疼痛管理(麻薬等) リハビリテーション 意識障害管理 入院酸素療法 在宅酸素療法 胸腔穿刺 腹腔穿刺

褥瘡管理 血液透析 腹膜透析CAPD 口腔ケア 往診 往診必要時のみ その他

※ 上記事項に変更が生じた場合は、山梨県立中央病院 地域連携センターへご連絡ください。

※ ご記入 ありがとうございます。