

# 連携登録医申込み書

令和 年 月 日

市立池田病院における地域医療連携登録医制度の主旨に賛同し、下記のとおり登録を申し込みします。

医療機関名称	フリガナ

医師名 歯科医師名	フリガナ	性別

生年月日	S. H. R. 年 月 日
------	----------------

医籍 歯科医籍	第 号
------------	-----

登録年月日	S. H. R. 年 月 日
-------	----------------

所在地	〒 ー
-----	-----

電話	
----	--

F A X	
-------	--

メールアドレス	スペル読み取り困難な文字、大文字小文字の間違いにご注意下さい

◎ 審議終了後「登録証」及び「登録札」の発行をもって登録の承認とします。

◎ この申込書は、登録を希望する医師1名につき1枚ずつ提出してください。

市立池田病院記入欄		
受付	地域	システム
/	/	/

タッチパネル式  
 **かかりつけ医検索システム**

診療科別 検索

市町村エリア別 検索

かな文字 検索

外来の患者様が、任意のタッチパネルの操作で、希望する医  
 院・クリニックの情報を閲覧できる検索システムです。



反映まで2週間ほどお時間を頂  
 きます。ご了承下さい。

登録医師 顔写真	<input type="checkbox"/> <a href="mailto:chiiki@hosp.ikeda.osaka.jp">chiiki@hosp.ikeda.osaka.jp</a> へ送信します	<input type="checkbox"/> 自社サイトの院長写真を使用希望 *当院にてサイトからダウンロード致します
医療機関 外観写真	<input type="checkbox"/> <a href="mailto:chiiki@hosp.ikeda.osaka.jp">chiiki@hosp.ikeda.osaka.jp</a> へ送信します	<input type="checkbox"/> 自社サイトの外観写真を使用希望 *当院にてサイトからダウンロード致します
<input type="checkbox"/> 顔写真掲載は希望しません <input type="checkbox"/> 外観写真掲載は希望しません <input type="checkbox"/> 写真掲載は希望しません		

タッチパネルトップページの診療科別検索の情報として使用致します

標榜科目 複数選択可	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> 人工透析内科
	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 肛門科
	<input type="checkbox"/> 胃腸内科	<input type="checkbox"/> 内視鏡内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 膵臓内科	<input type="checkbox"/> 整形外科
	<input type="checkbox"/> スポーツ整形外科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症外来	<input type="checkbox"/> アレルギー科
	<input type="checkbox"/> 漢方内科	<input type="checkbox"/> 禁煙外来	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 小児皮膚科	<input type="checkbox"/> 美容皮膚科
	<input type="checkbox"/> 美容外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 小児腎臓病外来
	<input type="checkbox"/> 低身長外来	<input type="checkbox"/> 思春期外来	<input type="checkbox"/> 夜尿症外来	<input type="checkbox"/> 小児耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> 補聴器外来	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペイン)	<input type="checkbox"/> 血液内科
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 3D後遺症外来	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科
	<input type="checkbox"/> 小児矯正歯科	<input type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> トラベルクリニック (渡航外来)		

コメント	
------	--

予約方法 複数選択可	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要予約    ( 予約方法 <input type="checkbox"/> 電話予約 <input type="checkbox"/> WEB予約 )
---------------	---

診 察 表	診察時間		月	火	水	木	金	土	日	祝
	午前	: ~ :								
	午後	: ~ :								
	診療①	: ~ :								
	診療②	: ~ :								

ページ内に検査項目として表示されます

検 査 項 目	<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ
	<input type="checkbox"/> 胃ろう交換	<input type="checkbox"/> バルーン交換	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
	<input type="checkbox"/> 心音図	<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 四肢エコー
	<input type="checkbox"/> 体表エコー	<input type="checkbox"/> 血管エコー	<input type="checkbox"/> 膀胱鏡検査	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査
	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能検査	<input type="checkbox"/> スパイロメーター (肺機能検査)		<input type="checkbox"/> モストグラフ
	<input type="checkbox"/> 呼気NO検査	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 (ABI)	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 (CAVI)	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 (PWV)
	<input type="checkbox"/> 標準聴力検査	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ファイバー	<input type="checkbox"/> 平衡機能検査	<input type="checkbox"/> アレルギー検査
	<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> チンパノメトリー検査		<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査	<input type="checkbox"/> 筋電図
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> NT-proBNP検査	<input type="checkbox"/> PT-INR検査	<input type="checkbox"/> 自動血球数測定
	<input type="checkbox"/> HbA1c測定器	<input type="checkbox"/> CRP測定器	<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> 視野検査
	<input type="checkbox"/> 顎機能検査	<input type="checkbox"/> 歯周検査	<input type="checkbox"/> デジタルパノラマ	<input type="checkbox"/> 心理検査
	<input type="checkbox"/> コルポスコープ検査	<input type="checkbox"/> 経膈エコー	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

そ の 他 情 報	<input type="checkbox"/> 訪問診療可	<input type="checkbox"/> 駐車場あり	<input type="checkbox"/> オンライン診療可
	<input type="checkbox"/> バリアフリー (車椅子通行可)	<input type="checkbox"/> 2階以上でエレベーターあり	
	<input type="checkbox"/> 院内用車椅子あり	<input type="checkbox"/> 女性医師在籍	
	<input type="checkbox"/> PT在籍	<input type="checkbox"/> OT在籍	<input type="checkbox"/> ST在籍
	<input type="checkbox"/> 労災可	<input type="checkbox"/> 自賠責可	<input type="checkbox"/> 生保可 <input type="checkbox"/> 有床

支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> クレジットカード
	<input type="checkbox"/> 電子マネー	<input type="checkbox"/> QRコード決済

公共交通機関	<input type="checkbox"/> 阪急電鉄	<input type="checkbox"/> 能勢電鉄	<input type="checkbox"/> 阪急バス	<input type="checkbox"/> 市営バス
	<input type="checkbox"/> J R	<input type="checkbox"/> 大阪モノレール	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

最寄駅からの所要時間	<input type="checkbox"/> ~5分	<input type="checkbox"/> ~10分	<input type="checkbox"/> ~15分	<input type="checkbox"/> ~20分	<input type="checkbox"/> ~30分
------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

GoogleMap 表示横 アクセス コメント	
----------------------------------	--

ウェブサイト	http://	* 表記のみ
	<input type="checkbox"/> 自社サイトなし	

<input type="checkbox"/>	<b>タッチパネル検索システムへの情報登録は希望しない（検索結果にださない）</b> * 検索結果へ表記希望しない場合でも、院内スタッフ間で情報共有させていただきます
--------------------------	--

<b>情報開示の同意書</b>	
本内容を、当院（登録医様）と市立池田病院が相互に円滑な連携を図り、地域医療連携や医療の機能分化を推進することを目的とし、市立池田病院が住民あるいは患者様へ情報を開示することに同意します。	
署 名 :	

市立池田病院 地域医療連携室 TEL : 072-754-6379 FAX : 072-754-6380  
メール添付での返信（要電子印鑑）は [chiiki@hosp.iked.osaka.jp](mailto:chiiki@hosp.iked.osaka.jp) へ