公益財団法人　がん研究会有明病院・医療連携施設登録用紙

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿印　　院名：住所

その他氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話 FAX 番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿アドレス＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿(代表者名のみ自筆で他事項はスタンプ可です)

※がん研有明病院ホームページ上に連携施設として貴院の情報の掲載およびホームページのリンクについて(　可　・　否　)

貴院ホームページのアドレス　http://＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当する項目の□に✓をお願いします。

診療科目　□内科　□消化器内科　□呼吸器内科　□循環器内科　□神経内科　□心療内科　□精神神経科
□外科　□消化器外科　□耳鼻咽喉科　□泌尿器科　□皮膚科　□眼科　□産科　□婦人科
□小児科　□整形外科　□リハビリ科　□脳神経外科　□放射線科　□その他＿＿＿＿＿＿。

診療日および時間帯　＿＿＿月曜　火曜　水曜　木曜　金曜　土曜　日曜＿＿＿

□に✓をお願いします

	月	火	水	木	金	土	日
午前	□	□	□	□	□	□	□
午後	□	□	□	□	□	□	□
夜間	□	□	□	□	□	□	□

予約診療　□無　□有

駐車場　□敷地内にあり　□周辺にあり　□車来院は控えて欲しい

下記質問項目は連携の参考とさせて頂く事のみを目的とし、施設情報として第三者や患者さん・ご家族には開示致しません。ご了解を頂ければ可能な項目に✓をお願い致します。

外来診療

対応可能な保険　□社保　□国保　□老人　□生保　□労災

検査　□ホルター心電図　□心臓超音波　□腹部超音波　□酸素飽和度測定
□レントゲン　□CT　□MRI　□上部消化管内視鏡　□下部消化管内視鏡

内服薬　□一般薬(降圧・糖尿病・消化器等)　□睡眠・安定剤　□鎮痛解熱剤　□禁煙補助剤
□モルヒネ(麻薬処方)□乳がんホルモン剤　□5−FU 系抗がん剤　□イレッサ

注射薬　□一般補液・抗生剤(2時間以内)　□インターフェロン　□ホルモン注射剤

指導・手配　□リハビリ　□訪問看護　□在宅酸素　□禁煙指導　□栄養指導

往診(非終末期)　□可　□状況による　□不可

往診(終末期)　□可　□状況による　□不可　(終末期は予後2ヶ月以内と予想される場合とします)

入院治療

入院病床数＿＿＿床(一人部屋個室数＿＿床)

入院条件	□制限なし	□相談による	□原則として個室
2週間以内の短期入院	□可	□相談による	□不可
可能な処置	□イレウス管挿入	□PTCD 等による減黄	□胸腹水処置
抗癌剤投与	□不可　□乳癌 CMF	□5FU　□イレッサ	□その他(＿＿＿)
整形等の術後リハビリ	□可	□相談による	□不可
終末期(看取り)	□可	□相談による	□癌研にお願いする

その他希望事項＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(専門領域等)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿