

公益財団法人 がん研究会有明病院・患者紹介連携施設登録用紙

医療機関名: _____ 住所: _____

代表者名: _____ 印 電話番号・FAX 番号: _____

メールアドレス: _____ @ _____

※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 歯科 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	予約診療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> に✓をお願いします	午前	<input type="checkbox"/>	駐車場	<input type="checkbox"/> 敷地内にあり						
	午後	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 周辺にあり						
	夜間	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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 がん研にお願いする

その他希望事項 _____
(専門領域等)