虎の門病院医師ネットワーク参加申込書

フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
院長名	
主な診療科	
医療機関住所	〒
電話・FAX	TEL:　　FAX:
メールアドレス	
ホームページへの掲載可否	□可　　□不可
ホームページのURL	
在宅診療	□可　　□不可 ※可の場合は別紙アンケートのご記入をお願いいたします。

複数名医師登録のご希望がございましたらご記入をお願いいたします。

登録医師①	
登録医師① メールアドレス	
登録医師②	
登録医師② メールアドレス	

虎の門病院長 殿

私は、虎の門病院医師ネットワークへの参加を希望します。
申込書の記載内容に相違ありません。

年　　月　　日

ご署名

在宅診療体制に関するアンケート

在宅診療「あり」にチェックいただいた方は、下記へのご回答をお願いいたします。

1、24時間体制	□連絡・往診も可能	□連絡体制のみ	□なし
2、外来診療の提供	□あり	□なし	
3、在宅看取り	□可能	□応相談	□なし
4、対応地域			
5、対応可能な処置			

□経鼻胃管	□胃ろう	□腸ろう	□腎ろう
□PTEG	□CVカテーテル	□CVポート	□在宅酸素
□PTCD	□在宅用人工呼吸器	□褥瘡処置	□気管切開
□人工肛門	□人工膀胱	□膀胱バルーンカテーテル	
□赤血球輸血	□血小板輸血	□血漿FFP	□腹膜透析
□腹水穿刺	□胸水穿刺	□腹水CART	
□その他（　　）			