

虎の門病院長 殿

虎の門病院医師ネットワーク参加申込書

*顔写真

1.縦36~40mm
2.横24~30mm

[*]については、医療連携の参考として、虎の門病院ホームページ等で使用させていただく場合がございます。

*フリガナ								
*氏名								
性別	生年月日							
男・女	年	月	日					
*フリガナ								
*医療機関名								
*医療機関住所	〒 -							
*電話、FAX番号	電話	-	-	Fax	-	-		
*MAIL								
*URL								
出身大学	大学			年 卒業				
職歴 (直近4か所までの勤務先をご記入ください)	①	年	月	日	~	年	月	日
	②	年	月	日	~	年	月	日
	③	年	月	日	~	年	月	日
	④	年	月	日	~	年	月	日
医師会への入会	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (所属)						
*診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 歯科							
*診療時間		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*予約診療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	*駐車場	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 敷地内あり		<input type="checkbox"/> 周辺にあり	
*最寄駅								
連携医療機関冊子掲載	<input type="checkbox"/> 可 (開業医の方のみ)			<input type="checkbox"/> 不可				
*当院在籍時について (当院OBの方)	所属科 : 在籍期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日							
*写真提供	顔写真以外にも提供いただける写真(院内風景・外観等)がございましたら、お送りください。 e-mailの場合は、 renkei@toranomom.gr.jp までお願いします。 顔写真等の当院ホームページへの掲載 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							

*対応可能な検査項目	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> その他()						
*患者さんの受入れ条件	<input type="checkbox"/> 維持透析の患者さん <input type="checkbox"/> リハビリテーションの患者さん <input type="checkbox"/> 肝疾患の日常の注射継続 <input type="checkbox"/> インスリン注射中の患者さん <input type="checkbox"/> 包帯交換、抜糸の依頼 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル交換 <input type="checkbox"/> 喘息発作のある患者さん <input type="checkbox"/> 気管切開中の患者さん <input type="checkbox"/> じょくそう管理の患者さん <input type="checkbox"/> 人工肛門装置設置管理の患者さん <input type="checkbox"/> 経管栄養、胃ろう造設の患者さん <input type="checkbox"/> IVHの患者さん						
*訪問診療(終末期)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要相談()						
*訪問診療(通常)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要相談()						
*がんの術後フォローアップに関して		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	肝がん	その他のがん
	術後フォロー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	術後補助化学療法(経口抗癌剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	術後補助化学療法(注射抗癌剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	終末期(緩和ケア)の患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	がん連携手帳の使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	受け入れられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他							
*連携医療機関より一言(アピールポイント等)							

申込書の内容が正しくないことが判明した場合は、登録を取り消すことがあります。

上記項目を記載し、下欄をご確認の上、ご署名をお願いします。

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。

申込書の記載事項に相違ありません。

年 月 日

ご署名

印