

登録医 登録証

辻仲病院 地域連携室 行き

FAX 04-7137-3738

(貴院名)

様

院長先生御名前	先生 御名前
先生	先生
先生 御名前	先生 御名前
先生	先生
標榜科目	専門科目
住所	
(〒 -)	
診療時間	
午前	: ~ :
午後	: ~ :
休診日	電話番号・Fax番号
	TEL FAX
往診	緊急連絡先
あり・なし	

患者さんへアピールがあれば、お願いします

--

登録医 登録証

辻仲病院 地域連携室 行き

FAX 04-7137-3738

往診にて治療・管理可能項目

(貴院名)

様

可能な項目に○をお願いします。

IVH管理	可・不可	HOT (在宅酸素)	可・不可
胃ろう管理	可・不可	尿管留置 カテーテル	可・不可
胃管 (マーゲンチューブ)	可・不可	膀胱ろう・腎ろう 管理	可・不可
気管切開 後の管理	可・不可	ストーマ管理	大腸・尿路 不可
吸引	気管・口腔 不可	腹膜透析 (CAPD)	可・不可
糖尿病管理 (インスリン管理含)	可・不可	持続皮下注	可・不可
褥創管理	可・不可	疼痛管理 (麻薬処方)	可・不可

その他

--