

平成 27 年 8 月

関係各位

茨城西南医療センター病院  
病院長 亀崎 高夫

## 地域医療連携機関のご登録についてのご案内

当院では、これまでも地域の医療機関の先生方にご協力、ご支援をいただきながら診療を行っております。

地域の地域住民に切れ目のない医療を提供するために、地域の医療機関の先生方とより連携を密にし、地域医療に貢献するため、地域医療連携機関登録を開始致します。

地域医療連携機関登録につきましては下記の通り登録を行いますので、是非ご登録をお願いいたします。

目的：

1. 地域の医療機関と当院が連携登録を行うことで、相互が協同して地域で生活する患者を守る。
2. 地域の医療機関と当院が、それぞれの役割に応じた質の高い医療を提供する。
3. 地域の医療機関と共同診療を行うことにより、入院中、退院後も継続した診療を継続することができる。

内容：

地域医療連携機関としてご登録いただくことで、当院とかかりつけ医の先生が相互に連携を図り下記を行うことができます。(内容につきましては別添資料をご参照ください。)

1. 紹介状持参患者の優先診療（2014年4月～全紹介患者に実施）
2. 共同診療
3. 地域医療連携機関として当院ホームページに掲載致します。
4. 地域医療連携機関として院内に掲示させていただきます。

手続き方法：

1. 別紙の地域医療連携機関登録申込書をご記入のうえ、添付の封筒でご返送ください。
2. 当院にてご送付頂いた書類を確認させていただきます。
3. 地域医療連携機関登録通知をお送りします。

# 地域医療連携機関登録申込書

(様式1)

年 月 日

茨城西南医療センター病院  
 病院長 亀崎 高夫 殿

当院は、茨城西南医療センター病院と相互の連携において、地域住民の為の診療を共同で行う事を目的に地域医療連携機関の登録を申請します。

フリガナ 医療機関名	
住 所	〒 -
フリガナ 院 長 名	
ホームページURL	
診 療 科	内科 ・ 外科 ・ 小児科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 泌尿器科 ・ 産婦人科 ・ 眼科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 形成外科 その他 ( )
診 療 日 診 療 時 間	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ( )
担当者連絡先	担当者氏名 : _____ 電話番号 : _____ FAX 番号 : _____ E-MAIL : _____
当院、掲示板・ホームページ等への掲載について <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
そ の 他	