

## 浦添総合病院 登録医情報シート

記載日： 年 月 日

医療機関名				* <input type="checkbox"/> 無床 / <input type="checkbox"/> 有床 ( 床)
住所			電話番号	
医師名			FAX番号	
仁愛会ホームページ掲載可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
主たる診療科				
<b>標榜診療科</b>				
<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 膠原病科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 透析科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
訪問診療	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	対応可能エリア ( )	
往診	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	( <input type="checkbox"/> 24時間体制 ・ <input type="checkbox"/> 看取り )	
処方	<input type="checkbox"/> 院内	<input type="checkbox"/> 院外	医療用麻薬	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
採血	<input type="checkbox"/> 外注	<input type="checkbox"/> 院内		
予約取得	初診時 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		再診時 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	
<b>検査機器</b>				
<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
セラピスト	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT	<input type="checkbox"/> その他 ( )
逆紹介希望 傷病名				
その他 特色など				

\* 記載頂いた情報は、院内での情報共有に活用させていただきます。  
ご協力ありがとうございました。