那覇市医師会宛　FAX：８６７－３７５０　　　　　　　　　　　　那覇市医師会　病診連携委員会(2024)

**病診連携情報誌　調査書**

記入担当者氏名

**※太枠内をご記入うえ、必ずご返信お願い致します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＜掲載内容について＞**　※下記いずかにチェック「✓」を入れて下さい。  □ 掲載予定の内容（資料１）で掲載可 　 □ 更新内容あり ⇒　**変更項目のみ下記にご記入ください。**  □ 掲載を希望しない | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | 施設名 |  | | |
| 施設長名 |  | | | 住　所 | 〒 | | |
| TEL |  | | FAX |  | | E-mail |  |
| ホームページURL | |  | | | | | |

* 診療科目　※「診療科目一覧」をご参照下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | ② | ③ | ④ |
| ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |

* 診療日**※受付時間をご記入下さい。**（例　8:30～12:30　14:00～17:30）

　　　　　　※診療日「〇」、休診日「休」、手術日「手術」とご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前　　　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後　　　　　　～ |  |  |  |  |  |  |  |
| **診療に関するメモ**  例. 水曜午前（完全予約制） |  | | | | | | |
| **休診日に関するメモ**  例.日曜、祝日、土曜午後 |  | | | | | | |
| 専門分野 |  | | | | | | |
| 設備医療機器 |  | | | | | | |

* その他

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約 | | 病床数 | | | 障がい者用トイレ | |
| 有　・　無 | |  | | | 有　・　無 | |
| 訪問診療 | 往診 | | 訪問看護 | 訪問リハビリ | | 訪問栄養 |
| 有　・　無 | 有　・　無 | | 有　・　無 | 有　・　無 | | 有　・　無 |
| 自院PR（100文字以内） | | | | | | |