

## 奈良県西和医療センター登録医制度について

地域医療の中核的病院としての機能を十分に発揮し、紹介患者・救急患者の受入れや施設・設備の共同利用、研修会の開催などを通して地域医療全体の質的向上を図り、地域における良質な医療を提供する体制を整備することを目的とした制度です。

### 奈良県西和医療センター登録医とは

患者さんの紹介・逆紹介などで奈良県西和医療センターと連携を図り、患者の皆さんに一連の継続した医療を提供できるように協力体制を取っていただける地域の医師・歯科医師の先生方を奈良県西和医療センター登録医といたします。

### 登録医の申し込み

登録医をご希望される歯科の先生は、下記書類を患者支援センターまでFAXしてください。

◆ 提出書類 \* 当院ホームページからもダウンロードできます

登録医申請書(様式1)

医療機関情報(様式3)

◆ 提出先

奈良県西和医療センター 患者支援センター

〒636-0802 生駒郡三郷三室1丁目14-16

TEL 0745-32-0505(内線2119)/FAX 0745-31-1354

メールアドレス seiwa-chiren@nara-pho.jp

#### 登録医証の発行手順

1. 病院は、「登録医申請書」と「医療機関情報」を受理し、院内手続き終了後申請者に「登録医証」と「契約書」2枚を送付します。
2. 申請者は、契約書2枚に記名・押印後、2枚とも病院に返送してください。
3. 病院は必要物品を確認後、「契約書」1枚を送付し手続き完了です。

#### 登録医に対しては

- ・ 紹介患者さんに対する診療および入院の対応を迅速に行うよう努めます。
- ・ 登録医からの紹介患者さんは、原則として登録医に逆紹介いたします。
- ・ 登録医からの紹介患者さんでなくても、当院を受診中の患者さんが希望すれば登録医を紹介いたします。
- ・ 奈良県西和医療センターの職員用図書室を開放いたします。
- ・ 各種臨床検討会・講演会・研修会などに参加できます。
- ・ 病院内に登録医医療機関名を掲示いたします。

FAX

0745-31-1354

登録医制度の申込につきましては、お手数をおかけいたしますが、登録医申請書（様式1）と医療機関情報（様式3）に必要事項をご記入の上 FAXしてください。

## ◇ 奈良県西和医療センター登録医申請書（歯科） ◇

ふりかな

施設名 \_\_\_\_\_

ふりかな

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ ホームページの有無 有 無

連絡担当窓口 \_\_\_\_\_

登録医として、ホームページ・かかりつけ医コーナーへの広報など希望されますか？  
( YES ・ NO )

【お問合せ】

〒636-0802

生駒郡三郷町三室1丁目14-16

奈良県西和医療センター 患者支援センター

TEL 0745-32-0505(内線2119)

FAX 0745-31-1354

メールアドレス seiwa-chiren@nara-pho.jp

◆**歯科医療機関情報**◆ **医療機関名( )**

■該当診療科に☑してください。

<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 小児歯科
<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 科	<input type="checkbox"/> 科

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
時 ~ 時							
時 ~ 時							
時 ~ 時							

■休診日・時間外対応・往診等についてご記入または○をつけてください。

時間外対応	可能	要相談	不可能
訪問歯科診療	可能	要相談	不可能
訪問歯科衛生指導	可能	要相談	不可能

■病院からの逆紹介時に対応可能な項目  
 対応欄の可能/要相談/不可能いずれかにチェックしてください

大分類	中分類	項目	対応		
			可能	要相談	不可能
特殊保険取扱		労働災害保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		生活保護保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		被爆者保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		結核予防法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		24時間対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投薬・処方		<input type="checkbox"/> 院内処方	<input type="checkbox"/> 院外処方		
駐車場		<input type="checkbox"/> 駐車場有り _____ 台	<input type="checkbox"/> 駐車場無し		
車椅子		<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
その他		周術期口腔機能管理(がん患者等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		有病者歯科診療(歯科治療に注意を要する患者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		生体監視モニター下の処置・手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		顎関節治療(顎関節症・顎関節脱臼等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		感染症患者の診療(HIV等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		口腔外傷(顎骨骨折を含まず)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症等の精神疾患患者の診療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>