



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）と医療機関情報用紙（様式2）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 ◇

ふりかな

施設名 _____

ふりかな

氏名 _____

住所 テ _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

E-mail _____ ホームページ 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2178)

FAX 0745-31-1354

メールアドレス seiwa-chiren@nara-pho.jp



医療機関名()

◆医療機関情報◆

できるだけご回答をお願い致します。

科	科	科
科	科	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
往診	可能	要相談	不可能
看取り	可能	要相談	不可能

■下記の在宅管理料を算定している患者さんの有無(該当がある場合は してください。)

<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料
<input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学管理料
<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料
<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)

■病床数をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	一般 () 床
		回復リハビリテーション () 床
		療養 () 床
		地域包括ケア病棟 () 床
		精神 () 床
		その他 () 床

■訪問看護ステーション

訪問看護指示	できる	できない
--------	-----	------

■連携のとれている訪問看護ステーションをお聞かせください

①

③

②

④