様式2－1

◇　医療機関情報　◇

＊ご記入は正確にお願いいたします。　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■病床数をご記入下さい。

□　無	□　有 詳細記入⇒	一般（　　）床
		回復期リハビリテーション（　　）床
		療養（　　）床
		精神（　　）床
		その他（　　）床

■標榜されている診療科目を下記の診療科目コードより選択し、○で囲んでください。
　また、該当診療科がない場合は空欄にご記入下さい。

診療科	1　内科	2　精神科	3　神経科	4　神経内科
	5　呼吸器科	6　消化器科	7　胃腸科	8　循環器科
	9　小児科	10　外科	11　整形外科	12　形成外科
	13　美容外科	14　脳神経外科	15　呼吸器外科	16　心臓血管外科
	17　小児外科	18　皮膚泌尿器科	19　皮膚科	20　泌尿器科
	21　性病科	22　こう門科	23　産婦人科	24　産科
	25　婦人科	26　眼科	27　耳鼻咽喉科	28　気管食道科
	29　放射線科	30　麻酔科	31　心療内科	32　アレルギー科
	33　リウマチ科	34　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	35　スポーツ医学	36　歯科
	37　口腔外科	38　小児歯科	39　矯正歯科	他
	得意の分野や専門分野などをお書き下さい			

■診療時間等をご記入ください。（診療時間がわかる資料を添付頂いてもかまいません）

曜日	午前	午後	特記事項
例）月,火,水,金	9:00～12:00	14:00～17:00	予約制あり

■休診日・時間外対応・応診等についてご記入または○をつけてください。

休診日			
時間外対応	可能	要相談	不可能
応診	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　　様式2－2

（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	□	□	□
		生活保護保険	□	□	□
		被爆者保険	□	□	□
		結核予防法	□	□	□
訪問診療		人工呼吸器・気管切開管理	□	□	□
		在宅酸素療法	□	□	□
		膀胱留置カテーテル交換	□	□	□
		胃瘻管理	□	□	□
		点滴管理	□	□	□
		高カロリー輸液管理	□	□	□
		ターミナルケア	□	□	□
専門的診療	全般	HIV患者の診療	□	□	□
		高齢者の精神障害(含痴呆)患者の診療	□	□	□
		点滴管理	□	□	□
		高カロリー輸液管理	□	□	□
		麻薬管理	□	□	□
	障害認定書の作成	聴覚・平衡・咀嚼	□	□	□
		視覚障害	□	□	□
		肢体不自由	□	□	□
		心臓機能障害	□	□	□
		腎臓機能障害	□	□	□
		呼吸器機能障害	□	□	□
		小腸・膀胱・直腸機能障害	□	□	□
	整形外科的	骨・関節のX線撮影	□	□	□
		牽引	□	□	□
		骨密度の測定	□	□	□
	内科的	透析治療	□	□	□
	外科的	外傷・手術後の処置	□	□	□
	リハビリテーション	理学療法（理学療法士による運動療法）	□	□	□
		物理療法（温熱療法・電気治療・牽引等）	□	□	□
		作業療法（身体障害に対する作業療法）	□	□	□
		作業療法（精神障害に対する作業療法）	□	□	□
		言語聴覚療法	□	□	□
		通院リハビリテーション	□	□	□
		訪問リハビリテーション	□	□	□
		スポーツリハビリテーション	□	□	□
投薬・処方		漢方	□	□	□
		症状安定した精神疾患・神経症・痴呆症への投薬	□	□	□
		ワーファリン	□	□	□
		抗不整脈剤の管理投与	□	□	□
		抗痙攣剤の管理投与	□	□	□

■　上記項目にない病院からの逆紹介時に対応可能な項目

（項目欄に必要事項を記入し対応欄の可能/要相談/不可能いずれかにチェックしてください）

他		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□
		□	□	□