

関係各位

社会医療法人財団 大和会 東大和病院
院長 野地 智

東大和病院医療機関登録医のご案内について

拝啓、貴院におかれましては、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。
また、日頃より当院の運営にご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

当院は、地域医療機関との密接な連携と協力をめざして登録医制度の運用を継続しており、当院での治療を終えられた患者様は、積極的に紹介・逆紹介するよう努めております。また、当院の持つ機器の共同利用、救急医療の実施及び地域医療の資質向上を推進しております。つきましては、日頃より多くのご紹介をいただいております病院・クリニックの先生方に今後も引き続き登録医制度にご協力いただければ幸いです。

敬具

本制度の目的

患者様に一貫した医療を提供するため、東大和病院と地域の医療機関が連携を密にし、地域医療の充実・発展を図ることを目的とします。

要件

過去に紹介（逆紹介）があった医師及び登録を希望する医師を対象とします。すでに登録されている登録医の先生方におかれましても今回あらためて「登録医」のご希望を伺います。登録機関については、ご辞退の申し出等がない限り継続させていただきます。

登録医のお申し込み方法

医療機関登録申請書に必要事項をご記入いただきFAXにてご送信ください。
その後「登録医証」をお送りさせていただきます。

【FAX番号：042-564-9381】

登録医特典

1. 患者様紹介

紹介患者様の外来診察依頼書もしくは、診療情報提供書をFAX送信していただき、当院地域医療連携室にて調整後、初診時の受診予約が可能となります。

紹介患者様の受診結果・経過等を、文書をもってご報告いたします。
放射線検査（CT・MRI等）・消化器内視鏡検査・骨密度（DEXA法）に関する予約ができます。

紹介患者様の治療終了後は、原則逆紹介いたします。

*上記の件は、登録医以外でも受付いたします

2. 院内の症例検討会、研究集会、研修会及び講演会等に参加することができます。

（当院地域医療連携室よりご案内送付）

3. 当院図書室を利用することができます。その際は事前に地域医療連携室にご連絡ください。

4. 当院ホームページに登録医名を記載いたします。

医療機関登録申請書

年 月 日

社会医療法人財団 大和会 東大和病院
病院長 野地 智 殿

社会医療法人財団 大和会 東大和病院の登録医の内容を確認し、以下の基本情報のとおり登録を申請いたします。

年 月 日

施設名称

申込者名

印

【基本情報】

年 月 日現在

医療機関名	
代表者名(院長)	
登録医氏名	
医療機関住所	
電話番号	
FAX番号	
e-mail	
URL	
標榜診療科	
<自由記載>	