

盛岡赤十字病院
地域医療連携室 宛 (FAX:019-637-3313)

盛岡赤十字病院 医療連携機関登録届け

このたび、医療連携を推進する趣旨を理解し、下記のとおり医療連携機関として届出します。

1. 医療機関名： _____
2. ご 芳 名： _____
3. 電 話 番 号： _____
4. 登録届出日： _____
5. 医師携帯番号一覧送付： 要 ・ 不要

以下について同意します

1) 盛岡赤十字病院 「かかりつけ医 ご紹介システム」への登録

※貴院の情報（医療機関名・院長名・診療科目・診療時間・休診日・住所・電話番号・FAX・地図）を掲載して患者さんへの紹介を促します

「かかりつけ医 ご紹介システム」とは
タッチパネル操作により、簡単に連携医療機関の検索が行えるシステムです。
また、掲載情報を印刷して患者さんへお渡しします。
別紙の「アピール紹介用紙」への記載も併せてお願い致します

2) 盛岡赤十字病院 広報やホームページ等への医療機関名の掲載

3) 盛岡赤十字病院 医師携帯番号一覧表の適正な取り扱い

※当院の各診療科医師と直接連絡（患者紹介等の相談など）を行えるように一覧表を送付致します。（送付を希望された医療機関のみ）