

連携協力医療機関 登録制度について

拝啓 先生におかれましてはご清祥のこととお喜び申し上げます。
当院の医療連携につきましては、ご高配を賜り厚く御礼申し上げます
さて 当院では地域医療機関との円滑な連携を目的として、下記の要領にて
登録制度を推進しております。
先生には主旨ご理解のうえ、何卒ご協力いただきお申込みいただきますよう
よろしく願い申し上げます。

敬具

お申込書は裏面になります。

連携協力医療機関 登録制度実施要綱

(主旨)

東京高輪病院は、地域医療機関とのより良い地域医療の実践のため、相互協力することを目的とし、地域の患者さんに対し、効率の良い医療の提供に努めます。

(登録制度)

上記目的を達成するにあたり、協力体制構築のために登録制度を発足します。

(登録方法)

主旨にご賛同いただいた先生は、**裏面**にあります**連携医療機関登録届出書**に必要事項記載のうえ、**FAX**にてご提出をお願いいたします。
当院にて届出書を受領後 **「医療連携登録証」**を発行いたします。

特典

1. 紹介いただく患者さんの診療・入院の対応について迅速に行うよう努めます。
2. 積極的に逆紹介を行ってまいります。
3. 当院が開催する各種セミナー、勉強会・懇話会へのご案内を行います。
4. 差支えなければ、協力医療機関として当院HPにて公表させていただきます。
5. ご希望により「フリーパス」を発行いたします。
※「フリーパス」とは、入院された紹介患者さんへの面会時に手続きが不要となり、検査データの閲覧等も可能となる便利なものです。
ご来院時にお申し出いただいた段階で作成いたします。

宛先 東京高輪病院 医療連携・患者支援センター 地域連携係
FAX : 03-3443-9570 TEL : 03-3443-9576

連携医療機関登録届出書

令和 年 月 日

東京高輪病院 殿

〒

住 所 _____

医療機関名 _____

電 話 _____

F A X _____

ふりがな
医師名 _____

※ 貴院の判でも結構です。

登録制度の主旨に賛同し、登録を届出ます。

以下につきましては、○で囲んでください。

1. 当院HPへの掲載（ 承諾する。 承諾しない。 ）
2. ホームページの有無（ 有る。 無し。 ）
ホームページURLをご記入ください。

www. _____

2. フリーパスの発行（ 希望する。 希望しない。 ）