

《PCI・急性心筋梗塞地域連携パス 登録用紙》

平成 年 月 日

奈良県急性心筋梗塞地域連携パス検討委員会 殿

医療機関住所

管理者氏名

参加登録 不参加登録 変更登録 中止 (H 年 月 日現在)

| | | | | |
|---|---|---|--------------------|--|
| H P 公 開 | (ふりがな) 医療機関名称 | | | |
| | 住所 | 〒 ー | | |
| | 電話番号 | () | | |
| | FAX 番号 | () | | |
| | URL | | | |
| 必 須 | (ふりがな) 担当医氏名 | | | |
| | 予約方法 | <input type="checkbox"/> 事前 TEL 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 実 施 可 能 な 項 目 | E-mail アドレス | | | |
| | 専門分野 | <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> () | | |
| | 診療内容 | 栄養指導 | ○ 栄養指導可 ○ 否 | |
| | | | ○ 管理栄養士有 ○ 無 | |
| | | 糖尿病指導 | ○ 糖尿病指導可 ○ 否 | |
| | | | ○ 糖尿病療養士有 ○ 無 | |
| | | 禁煙指導 | ○ 禁煙指導可 ○ 否 | |
| ○ 禁煙外来有 ○ 無 | | | | |
| 訪問診療 | ○ 可 ○ 否 | | | |
| 検査の内容 | <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 運動負荷試験(トレッドミル・エルゴメーター) | | | |
| <p>《その他 質問事項》 あてはまるものに○をつけてください ↓</p> <ul style="list-style-type: none"> * インスリンのコントロールを依頼できますか (できる ・ できない) * ワルファリンのコントロールを依頼できますか (できる ・ できない) * HPに医療機関として名称、住所、連絡先を公開できますか。(できる ・ できない) | | | | |

*不参加の場合も太枠内はご記入をお願いいたします。

FAX 送信先： 0742-22-2725 (事務局担当者 あて)