

令和 年 月 日

心不全に係る地域連携参加登録申請書

心不全に係る地域連携体制構築事業検討委員会 御中

施設名：

代表者：_____

心不全に係る地域連携協力機関として参加したいので、下記のとおり申請いたします。

記

施設種別※ (施設種別より該当する番号を確認の上 ○印)		施設名	施設連絡先等
①かかりつけ医			住所
②かかりつけ 専門病院			TEL
③救急病院			FAX
			URL
			連絡窓口部署：

※施設種別：①日頃から通っている診療所等 ②循環器専門医が常駐し急変時の対応が可能な病院
③循環器専門医が常駐している救急告示病院

<参考>

1. 「心不全手帳」、「かかりつけ医判断チェックシート」は20部を1セットでお送りいたします。不足する場合に事務局までご連絡をお願い致します。
なお、「運用フロー」・「患者さん向け説明シート「心不全の基礎知識」(日本高血圧学会作成)」は各1部の送付となりますのでご了承ください。
2. 上記施設内容につきましては、連携対応施設として本会のホームページに掲載いたします。
3. 連携状況(使用状況等)の調査を実施予定しておりますので、予めご了承ください。

<提出先>沖縄県医師会 業務1課

〒901-1105 南風原町字新川 218-9

TEL：098-888-0087／FAX：098-888-0089

E-mail：g1@okinawa.med.or.jp