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〇印） | | 施設名 | 施設連絡先等 |
| ➀かかりつけ医 |  |  | 住所  TEL  FAX  URL  連絡窓口部署： |
| ②かかりつけ  専門病院 |  |
| ③救急病院 |  |

※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。

1. 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。
2. 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