和歌山地域 COPD ネットワーク登録用フォーム

ご参加いただける先生におかれましては、下記項目に必要事項をご記載いただければ幸いです。頂いた情報については、当呼吸器内科および当院医療連携課にて厳重に管理し、本病診連携の取り組み以外の目的では使用いたしません。

病医院名	
ご芳名	
ご住所	
お電話番号	
メールアドレス	
次のうち貴院で可能な項目にチェックを御願いします。	□在宅酸素療法 事業所　該当するものに○をつけてください。 （　　）帝人 （　　）フクダ電子 （　　）エアウォーター（旧テルモ） （　　）その他（事業所名：　　） □在宅 NPPV □訪問診療 □呼吸機能検査（スパイロ） □ガス分析 □呼吸リハビリテーション □吸入指導 □禁煙外来（□保険扱い可能　□カウンセリングのみ　□実費にて薬剤処方）
処方は院内・院外のいずれでしょうか	□院内　□院外
登録医療機関名・医師名の公開	□公開してよい　　□公開しないでほしい （医療機関名・医師名以外の情報は公開いたしません）

送付先　日本赤十字社和歌山医療センター医療連携課　FAX：073-427-3588