

FAX : 022-308-9921 仙台市立病院医療連携室行き

(郵送の場合) 〒982-8502 仙台市太白区あすと長町1-1-1 TEL : 022-308-9920

No.

<登録医申込用紙>

※登録医情報につきましては、当院施設内（医療機関名）及び当院ホームページ（医療機関名・住所・TEL等）で公表しておりますが、公表を希望されない場合は右記の□にチェックをお願いします。 □公表を希望しない

フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
医師名	
所在地	〒
連絡先	TEL : / FAX :
E-mail	@
URL	

診療科目を下記より選択し、□にチェックをお願いいたします。

内科	心療内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科
皮膚泌尿器科	皮膚科	泌尿器科	性病科	こう門科	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	気管食道科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科		

診療時間（診療時間等がわかる資料を添付していただいてもかまいません）

曜日	午前	午後	特記事項
(例) 月火木	9:00-12:00	14:00-18:00	予約制あり
休診日等			

○ 訪問診療を行っていますか。 □はい □いいえ

「はい」の場合に対応可能な項目について、□にチェックをお願いいたします。

□在宅酸素療法 □膀胱留置カテーテル交換 □胃ろう管理 □緩和ケア

□その他 _____

○ 貴院の特徴・その他ご意見等