

緊急を要する医療情報のFAX配信の新規申請

- ◇ 申込対象者は、医師及び医療機関医事担当者等となります。
- ◇ 申込対象者1名ごとに、入力して送信してください。
- ◇ 当申請は月末処理のため、申請から完了までお時間がかかる場合があります。

以下の項目について必要事項を記入してください。
楷書ではっきりと記入してください。

1.申請者の氏名	
2.申請者の所属医療機関名	
3.申請者の所属医療機関の種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他
4.申請者の職種	<input type="checkbox"/> 医療機関の管理者である <input type="checkbox"/> その他施設の管理者である <input type="checkbox"/> 勤務医である <input type="checkbox"/> その他
5.診療科目及び専門科目 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化胃腸科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> こう門科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 気管食道科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> その他 ()
6.申請者が所属している医療機関の所在地	
7.申請者が所属している医療機関を管轄する保健所	<input type="checkbox"/> 水戸保健所 <input type="checkbox"/> ひたちなか保健所 <input type="checkbox"/> 常陸大宮保健所 <input type="checkbox"/> 日立保健所 <input type="checkbox"/> 鉾田保健所 <input type="checkbox"/> 潮来保健所 <input type="checkbox"/> 竜ヶ崎保健所 <input type="checkbox"/> 土浦保健所 <input type="checkbox"/> つくば保健所 <input type="checkbox"/> 筑西保健所 <input type="checkbox"/> 常総保健所 <input type="checkbox"/> 古河保健所
8.申請者が所属している市郡医師会	<input type="checkbox"/> 水戸市医師会 <input type="checkbox"/> 県央医師会 <input type="checkbox"/> 笠間市医師会 <input type="checkbox"/> ひたちなか市医師会 <input type="checkbox"/> 那珂医師会 <input type="checkbox"/> 常陸太田市医師会 <input type="checkbox"/> 水郡医師会 <input type="checkbox"/> 日立市医師会 <input type="checkbox"/> 多賀医師会 <input type="checkbox"/> 鹿島医師会 <input type="checkbox"/> 水郷医師会 <input type="checkbox"/> 竜ヶ崎市・牛久市医師会 <input type="checkbox"/> 取手市医師会 <input type="checkbox"/> 稲敷医師会 <input type="checkbox"/> 土浦市医師会 <input type="checkbox"/> 石岡市医師会 <input type="checkbox"/> つくば市医師会 <input type="checkbox"/> きぬ医師会 <input type="checkbox"/> 真壁医師会 <input type="checkbox"/> 結城市医師会 <input type="checkbox"/> 古河市医師会 <input type="checkbox"/> 猿島郡医師会 <input type="checkbox"/> 県庁医師会 <input type="checkbox"/> 筑波大学医師会 <input type="checkbox"/> 東京医科大学霞ヶ浦病院医師会 <input type="checkbox"/> 所属していない
9.申請者が所属している医療機関の代表電話番号	
10.申請者が所属している医療機関の代表FAX番号	
11.配信を希望するFAX番号	
12.市郡医師会への情報提供について	<input type="checkbox"/> 9～11までの情報を市郡医師会に提供することに同意する <input type="checkbox"/> 9～11までの情報を市郡医師会に提供することに同意しない
13.市町村への情報提供について	<input type="checkbox"/> 9～11までの情報を市町村に提供することに同意する <input type="checkbox"/> 9～11までの情報を市町村に提供することに同意しない

※ 変更・配信停止をご希望の場合には、保健予防課健康危機管理対策室までご連絡ください。
(TEL 029-301-3219)

※ 申請内容につきましては、この用紙の保存をお願いします。