

FAX 送信用紙 FAX 018-827-3614 送り状不要

医療・介護資源情報提供書

貴院の情報（別紙）をご確認いただき、**変更の有無に関わらず**ご回答をお願いします。

下記の欄内に必要事項を記載していただき FAX にてご返信ください。

本年度から新たに調査している項目「1）往診・訪問診療について」は、今後ホームページに掲載を予定しておりますのでご協力をお願いします。

担当者名.....

I. 基本情報（必須）

医療機関名	院長名
TEL	FAX

II. 情報提供事項

1) 往診・訪問診療について（必須）

- | | | | |
|------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ① 自宅への往診 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 条件による | <input type="checkbox"/> 不可 |
| ② 自宅への訪問診療 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 条件による | <input type="checkbox"/> 不可 |
| ③ 施設への往診 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 条件による | <input type="checkbox"/> 不可 |
| ④ 施設への訪問診療 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 条件による | <input type="checkbox"/> 不可 |

往診・訪問診療の具体的条件（.....）

2) 変更内容（必須） なし あり



変更前	変更後

3) 事業所の特徴・PR、その他、要望など

.....
.....
.....

ホームページへの情報掲載について、同意しない場合のみチェックし、理由を記載してください。

同意しない（理由.....）

ご協力ありがとうございました。正確な情報掲載に努めておりますため、今後も情報に変更がございましたら本センター（018-827-3636）までご連絡いただきますようお願いいたします。