

## 医療機関概要

(1) 施設名	
(2) 所在地	〒 ー
(3) 開設者名	
(4) 管理者名	
(5) 電話番号	
(6) F A X 番号	
(7) メールアドレス	
(8) 医療連携調整者の有無 (転院・退院調整等を含む)	<input type="checkbox"/> 有 (担当者名 ) (職種 ) <input type="checkbox"/> 無
(9) 本事業に関するご担当者	<input type="checkbox"/> 有 (担当者名 ) (職種 ) <input type="checkbox"/> 無
(10) その他 (事務局への連絡事項)	

救急医療機関記入欄	救急担当医師名	診療科 ( ) 役職 ( ) 氏名 ( )
	救急搬送患者地域連携紹介(受入)加算の届出の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( 紹介加算 ・ 受入加算 ) <input type="checkbox"/> 無
精神科病院記入欄	外来受入可能時間	時 分から 時 分
	入院受入可能時間	時 分から 時 分
	救急搬送患者地域連携紹介(受入)加算の届出の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( 紹介加算 ・ 受入加算 ) <input type="checkbox"/> 無
精神科診療所記入欄	外来受入可能日 (原則として月1回)	① 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ② 第1 ・ 第2 ・ 第3 ・ 第4 ・ 第5 ③ その他 ( )
	外来受入可能時間 (原則として1日一人 30分単位)	① 時 分から 時 分 又は ② 時 分から 時 分 又は ③ 時 分から 時 分
	事務局への メールアドレス登録	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	メールでの輪番表配布	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可