

登録医の先生方へ

— ご来院の手続き等について —

1. 登録医の先生には、ご紹介いただいた入院患者さんに関してあらかじめ当センターにおける診療録を参照する事を承認した紹介患者において、主治医立会いのもと、次のことにご参加いただけます。

- (1) 面談
- (2) 治療に関する情報交換、カンファレンスへの参加
- (3) 手術や検査等への立会い
- (4) カルテ、検査結果、レントゲン写真、CT画像、MRI画像等の閲覧

2. 訪問願について

当センターへの来院希望日前日の午後4時までに、当センター医療連携課あて、訪問願(別紙1)をメールでご連絡していただきます(電話・FAXでも結構です)。当センター担当医との調整後、医療連携課から、訪問の可否・日時等をご連絡いたします。

訪問願の様式は別紙1のとおりですが、必要事項が記入してあれば、形式は問いません。

3. 来院当日

- (1) 必ず1階の守衛室にお立ち寄りください。運転免許証等、ご本人を証明できるものをご提示のうえ、セキュリティーカードを受け取られてから、訪問先(病棟、医局、会議室など)に直接行っていただいて結構です。訪問先の場所がわからない場合は、医療連携課にご連絡いただければご案内いたします。(平日8時半～17時)
- (2) お帰りの際は、守衛室にセキュリティーカードを返却してください。
※セキュリティーカードがないと院内での移動ができません。

4. その他

(1) 登録医の先生は、当センターが開催する各種臨床検討会、講演会、研修会等にご参加いただけます。

詳細については、その都度、ご案内します。

- (2) 当センターの駐車場を利用される場合は無料になります。お帰りの際、1階守衛室の警備員にお申し出ください。

<医療連携課>

TEL : 03-3400-0471 (直通)

FAX : 03-3400-0193 (直通)

MAIL : renkei@med.jrc.or.jp



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

年 月 日

訪 問 願

日本赤十字社医療センター院長 様

登録医氏名 _____

登録医番号 _____

1. 患者^{ふりがな}氏名 _____

2. 診療科 _____

3. 訪問希望日 年 月 日 午前・午後 時

4. 訪問目的（具体的にお書きください）

【連 絡 先】

住 所 〒 _____

電話番号

ファックス番号