登録医制度のご案内

Gunma
Children's
Medical Center
群馬県立小児医療センター

令和６年４月
群馬県立小児医療センター

目　次

登録医制度について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１

登録医申請方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１

登録後について

　１　患者様の紹介方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２

　２　登録医大会について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３

　３　「うりやまだより」の送付等について・・・・・・・・・・Ｐ３

　４　登録後のお願い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３

お問い合わせ先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３

ＦＡＸ用受診申込書（産科以外）・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ４

ＦＡＸ用受診申込書（産科）・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５

群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱・・・・・・・・・Ｐ６

登録医申請書（様式第１号）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ７

登録医証（様式第２号）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ８

登録医変更届（様式第３号）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ９

登録医辞退届（様式第４号）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ１０

○ 登録医制度について

当院では、地域医療機関との機能分担を明確にし、連携を密にして、患者様により良質で適切な医療を提供すること、また、群馬県全体の小児医療水準の向上を目指すものとして、登録医制度を開始することになりました。

多くの先生方にご登録いただき、登録医の先生方と当院医師が共に研鑽することで、一層の医療連携の充実が図られ、患者さんに最も適切な医療環境が実現できればと存じます。

～登録医になると～
- 紹介患者様の受入れ
- 患者様の登録医への逆紹介
- 研修会や、症例検討会への参加（日本専門医機構や日本小児科学会等の単位取得が可能な研修会も開催しております。）
- 当院ホームページにおいて、登録医の紹介（希望制）
- 「うりやまだより」（広報誌）の配布など地域医療連携に関する情報提供

・・等

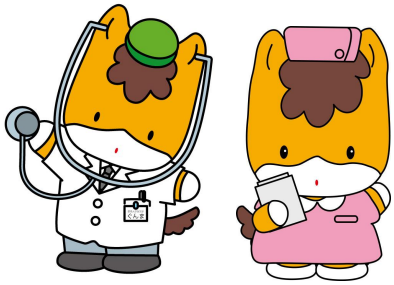
○登録医申請方法について

７ページの登録医申込書（様式第１号）を、FAX か郵送でお送りください。

登録後、登録医証をお送りいたします。（登録医証の送付には、1 ヶ月ほどお時間をいただきます。）

≪申込書送付先≫
- FAX の場合　番号　０２７９－５２－７３３３
- 郵送の場合　住所　〒３７７－８５７７

群馬県渋川市北橘町下箱田７７９番地　医事課あて



○登録後について

１　患者様の紹介方法について

≪通常の場合≫

① FAX 用受診申込書（４・５ページ）を以下の番号に送付してください。

FAX（産科以外）　０２７９－５２－７３３３

（産科）　０２７９－５２－２１００

≪お願い≫

•FAX 用受診申込書を送付される際には、くれぐれも FAX 番号をお間違えのないよう、よくご確認の上送信してください。

・FAX 用受診申込書をご利用いただきますと、事前にカルテ作成が可能なため、受診当日の患者様の待ち時間短縮につながります。ぜひ、ご利用ください。

・FAX 用受診申込書と診療情報提供書（紹介状）が複写式になった様式をご用意しております。ご利用の方は FAX にてご依頼ください。

②FAX にて予約通知書を返送します。

③診療情報提供書を患者様が持参し、受診します。

④受診結果を紹介元医療機関様あてに送付します。

≪緊急の場合≫

①地域医療連携室にお電話下さい。担当医師に転送します。

【TEL　０２７９－５２－７１７１】

②予約をお取りします。

③診療情報提供書を患者様が持参し、受診します。

④受診結果を紹介元医療機関様あてに送付します。

※診療情報提供書の様式は当院ホームページからダウンロードできます。
ただし所定の様式があればそちらをお使いいただいても構いません。

≪患者様をご紹介いただく医療機関様へのお願い≫

・患者様が直接当院に予約をされる場合にも、患者様の待ち時間短縮のため、FAX 用受診申込書を送っていただきますようお願いします。

・予約を取らずに来院される患者様がいらっしゃいますが、必ず事前に予約を取っていただきますよう患者様にお伝え下さい。

【TEL:０２７９－５２－４０００（予約受付電話）】

・初診当日にアンケートの記入をお願いしておりますので、予約時間の１０分前(神経内科は３０分前)までに来院されるよう患者様にお伝えください。

２　登録医大会について

　症例検討会などの登録医大会を開催します。ご登録いただいたメールアドレスあてに（ご登録いただいていない場合には郵送にて）ご案内させていただきます。

３　「うりやまだより」の送付等について

　地域医療連携室が発行している広報誌「うりやまだより」（年３回発行）を送付させていただきます。

　そのほか、ご登録いただいたメールアドレスあてに、地域医療連携に関する情報をお送りいたします。

４　登録後のお願い

・登録内容に変更が生じた場合は、お早めに登録医変更届（様式第３号　９ページ）をお送りください。

・登録期間は１年間ですが、特に辞退の申し出のない限りは、期間は自動更新となります。

　登録医の辞退を希望される場合には、登録医辞退届（様式第４号　１０ページ）をお送りください。

≪各種届出送付先≫

・FAX の場合　番号　０２７９－５２－７３３３

・郵送の場合　住所　〒３７７－８５７７

群馬県渋川市北橘町下箱田７７９番地　医事課あて

お問い合せ先

≪登録医制度全般に関するお問い合わせ≫

医事課　　Tel　０２７９－５２－３５５１（代表）

Fax　０２７９－５２－７３３３

≪患者様の紹介に関するお問い合わせ≫

地域医療連携室　　Tel　０２７９－５２－７１７１

Fax　０２７９－５２－７３３３

FAX番号 0279-52-7333

FAX送信用

ＦＡＸ用受診申込書

令和　　年　　月　　日

紹介先：群馬県立小児医療センター

科

医師　あて

医師を指定されない場合は、
診療科のみご記入ください。

紹介元機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

◎ 受診希望日：第一希望　　月　　日（　　）、第二希望　　月　　日（　　）

※当日のご予約はご希望にお応えできない場合があります。

今回のご依頼は	診察 診察（入院依頼） 診察と検査（　　）	診療科一覧	総合診療科　神経内科　子どものこころ診療科 循環器科　血液腫瘍科　腎臓内科 アレルギー・リウマチ科　感染症科　遺伝科 一般外科　心臓血管外科　形成外科　整形外科 新生児科　歯科・障害児歯科

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担者番号		受給者番号		
福祉市町村記号		受給者番号		

※保険証等のコピーをFAXでも可

患者情報	フリガナ		生年月日	性別
	患者氏名		昭・平　　年　　月　　日（	男・女
	住所	〒　　－ TEL.　　（　　）		
	主訴			

※本受診申込書を送信いただきますと、折り返し「予約通知書」をFAX返信いたしますので患者様にお渡し願います。

〇受診当日に持参していただくもの
健康保険証、紹介状及び「予約通知書」を来院の際に、窓口へお出しください。
なお、**母子手帳・福祉医療券**の交付を受けている場合は、一緒に窓口へお出しください。

☆ 休　診　日：土曜日、日曜日、祝祭日、年始年末（12月29日～1月3日）
☆ FAX受付時間：平日8時30分～17時
☆ **時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休診日明けとなります。**

◎お問い合わせ先：群馬県立小児医療センター
（〒377－8577　群馬県渋川市北橘町下箱田779番地）
担当：地域医療連携室
電話.　0279－52－7171（地域医療連携室直通電話）
0279－52－4000（患者予約用電話）
FAX.　0279－52－7333
ホームページ　http://www.cmc.pref.gunma.jp

群馬県立小児医療センター　診察申込書

FAX番号 0279-52-2100

FAX送信用
（産科用）

ＦＡＸ用受診申込書

令和　　年　　月　　日

紹介先：群馬県立小児医療センター

産　　科

外来担当医師　あて

※医師を指定される場合は、医師名と理由をご記入下さい。

（　　）

紹介元機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

患者情報	保険者番号:	記号・番号	本人or家族
	フリガナ	生　年　月　日	
	患者氏名	昭　・　平 年　　月　　日（　　歳）	
	住　　所	〒　　－ TEL（可能なら携帯）:　　－　　－	

分娩予定日	令和　　年　　月　　日　・　未定
紹介理由・診断	妊娠　　週　　日　、初産・経産 （　　）

※本受診申込書を送信いただきますと、折り返し「予約通知書」をFAX返信いたしますので患者様にお渡し願います。
※紹介状は、受診日に患者様にご持参頂きますようお願い申し上げます。

〇受診当日に持参していただくもの
健康保険証、紹介状及び「予約通知書」を来院の際に、窓口へお出しください。

☆ 休　診　日：土曜日、日曜日、祝祭日、年始年末（12月29日～1月3日）
☆ FAX受付時間：平日8時30分～17時
☆ **時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休診日明けとなります。**

◎お問い合わせ先：群馬県立小児医療センター
（〒377－8577　群馬県渋川市北橘町下箱田779番地）
担当：地域医療連携室
電話.　0279－52－7171（地域医療連携室直通電話）
0279－52－4000（患者予約用電話）
FAX.　0279－52－2100（産科外来直通FAX）
ホームページ　http://www.cmc.pref.gunma.jp

群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱

（目的）
第１条　この要綱は、群馬県立小児医療センター（以下「当院」という。）と地域医療機　関が相互に協力し、良質で適切な医療を提供するために、登録医制度により地域医療機　関との連携をより緊密にし医療の充実と発展を図ることを目的とする。

（登録）
第２条　群馬県立小児医療センター登録医（以下「登録医」という。）となることを希望　する地域医療機関の開設者は、登録医申請書（様式第１号）により、院長あて申請する　ものとする。
２　院長は、登録医の申請があったときは、申請内容を確認し、適当と認められた場合、登録医として承認し、その証として、申請医療機関に対して登録医証（様式第２号）を発行するものとする。
３　登録期間は登録日の属する年度末までとするが、以後は辞退の申し出がない限り、登　録期間を更に１年間延長できるものとし、以後同様とする。
４　登録内容に変更が生じた場合は、登録医変更届（様式第３号）を速やかに院長あて届　け出るものとする。
５　登録医は、登録医を辞退するときは、登録医辞退届（様式第４号）を院長あて届け出　るものとする。
６　登録医としてふさわしくないと認められるときは、院長は登録を取り消すことができ　る。

（登録医制度の内容）
第３条　登録医制度の内容は、次に掲げるものとする。
一　紹介患者への医療の提供
二　登録医への患者の逆紹介
三　研修や検討会の開催
四　地域医療連携に関する情報提供

（登録医の広報）
第４条　当院は、登録医の許可を得て、登録医一覧を院内に掲示し、また、当院のホーム　ページなどを通して広報する。

（個人情報の保護）
第５条　登録医は、その業務上知り得た個人情報について、漏えい、滅失及びき損の防止　その他の個人情報の適正な管理に最善の注意を払うものとする。

（その他）
第６条　この要綱に定めのない事項並びに疑義が生じた場合は、地域医療連携室運営委員　会の議決を経て院長が定める。

附　則
この要綱は平成２４年８月１日から施行する。

（様式第１号）

群馬県立小児医療センター　登録医申請書

フリガナ		
医療機関名		
フリガナ		
開設者名		
登録医師名	①	②
	③	④
郵便番号	〒	
住　　所		
電話番号	―　　―	
FAX番号	―　　―	
ホームページ		
E-mail	@	
	当院からのお知らせを上記アドレスにお送りしてもよいですか。　【　はい　・　いいえ　】	
診療科名		
診療時間	午前　　時　　分　～　　時　　分	
	午後　　時　　分　～　　時　　分	

休診日（診療日に○をつけてください。）	日	月	火	水	木	金	土	祝日
午前								
午後								

診療内容	入院病床	有（　　床）　・　無
	往　　診	可　・　不可　　場合によっては可（　　）
	往診時間帯	随時　・　診療時間内　・　診療時間外
	訪問診療	有　・　無　　場合によっては可（　　）
	訪問診療を行っている項目に○を　記載してください。	1. 点滴　2. 経管栄養　3. 中心静脈栄養　4. 在宅酸素 5. 尿留置カテーテル　6. 腹膜透析　7.人工呼吸器 8. 在宅医療を必要とする癌患者 9. 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 10. 末期（癌）患者の終末医療 11. その他（　　）

医療機関名の掲載について	院内の「登録医一覧表」に、掲示してもよいですか。　【　はい　・　いいえ　】
	当院HP内の「登録医一覧表」に、掲載してもよいですか。　【　はい　・　いいえ　】
	HPをお持ちの場合、当院HPにリンクを掲載してよいですか。【　はい　・　いいえ　】

群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱第2条第1項に基づき、上記のとおり登録を申請します。
また、登録医の業務上知り得た個人情報の漏洩等が起きないよう最善の注意を払うことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

群馬県立小児医療センター
院長　浜島　昭人　殿

（様式第２号）

登 録 医 証

〇〇〇医院

院長〇〇　〇〇様

地域医療連携の推進、医療の充実及び発展を図ることを目的として、貴院を登録医として登録いたします。

令和　　年　　月　　日

群馬県立小児医療センター

院 長　浜 島　昭 人

（様式第３号）

群馬県立小児医療センター　登録医変更届

※印を除き、変更のあった箇所のみご記入ください。

フリガナ									
医療機関名※									
フリガナ									
開設者名※									
登録医師名	①		②						
	③		④						
郵便番号	〒								
住　　所									
電話番号	―　　―								
FAX番号	―　　―								
ホームページ									
E-mail	@								
	当院からのお知らせを上記アドレスにお送りしてもよいですか。　【 はい ・ いいえ 】								
診療科名									
診療時間	午前　　時　　分 ～　　時　　分								
	午後　　時　　分 ～　　時　　分								
休 診 日		日	月	火	水	木	金	土	祝日
（診療日に○をつけてください。）	午前								
	午後								

診療内容	入院病床	有（　　床）　・　無
	往　　診	可 ・ 不可　　場合によっては可（　　）
	往診時間帯	随時　・　診療時間内　・　診療時間外
	訪問診療	有　・　無　　場合によっては可（　　）
	訪問診療を行っている項目に○を　記載してください。	1. 点滴　2. 経管栄養　3. 中心静脈栄養　4. 在宅酸素 5. 尿留置カテーテル　6. 腹膜透析　7.人工呼吸器 8. 在宅医療を必要とする癌患者 9. 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 10. 末期(癌)患者の終末医療 11. その他（　　）

医療機関名の掲載について	院内の「登録医一覧表」に、掲示してもよいですか。　【 はい ・ いいえ 】
	当院HP内の「登録医一覧表」に、掲載してもよいですか。　【 はい ・ いいえ 】
	HPをお持ちの場合、当院HPにリンクを掲載してよいですか。【 はい ・ いいえ 】

群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱第2条第4項に基づき、登録内容の変更を届け出ます。

令和　　年　　月　　日

群馬県立小児医療センター
院長　浜島　昭人　殿

（様式第４号）

令和　　年　　月　　日

登 録 医 辞 退 届

群馬県立小児医療センター
　　院長　浜島　昭人　殿

医療機関名
開設者名

登録医を辞退したいので、群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱第２条第５項に基づき、届け出ます。