

東京都立心身障害者口腔保健センター 登録医申請書

東京都立心身障害者口腔保健センター所長 殿

申請日： 年 月 日

私は東京都立心身障害者口腔保健センター登録医となることを希望いたしますので、
下記の通り申請いたします。

ふりがな

氏 名 _____

ふりがな

診療所名 _____

診療所住所 〒 _____

交通案内 _____

例：JR〇〇駅 西口 △△行きバス □□バス停下車

電話番号 () () ()

FAX番号 () () ()

メールアドレス（※必須） _____

1 貴医院の診療日と診療時間について

＊ 診療時間と曜日に○を付け下さい。

診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
： ～：								
： ～：								
： ～：								

2 貴医院の設備等について

- * 診療室階 _____階 (エレベーター あり・なし)
- * 駐車場 あり ・ なし
- * 車椅子の利用できるトイレ あり ・ なし
- * 車椅子での来院について 可 ・ 不可 ・ 要介助

3 当センターから貴医院へ紹介する場合、受入れ可能なケースにそれぞれ✓を付けて下さい。

	歯科治療	定期管理
① 視覚・聴覚障害のある患者	☐	☐
② 血圧などモニター管理が必要な患者	☐	☐
③ 軽い体動のコントロールが必要な患者	☐	☐
④ 脳性麻痺や運動機能障害のある方で診療時の姿勢に配慮が必要な患者	☐	☐
⑤ 摂食指導・摂食嚥下機能療法	可 高齢者 ☐ ・小児 ☐	不可 ☐
⑥ 訪問歯科診療	☐	☐

4 貴医院との医療連携を行う上で、当センターにご意見等がありましたらお書きください。

5 申請内容の情報提供についてお伺いします。

当センターでは医療連携を推進する観点から、地区歯科医師会や行政機関等から問い合わせがあった場合は、協力医・登録医の情報を提供いたします。

また、当センターのホームページ (<http://www.tokyo-ohc.org/diagnosis/pdf/partner.pdf>) や待合室掲示で協力医・登録医名簿を公開しています。

これらの情報提供や公開を希望されない方は、☐にチェック印をご記入ください。

- ☐ 私は問い合わせに対する情報提供を希望しません。
- ☐ 私はホームページや待合室掲示での名簿公開を希望しません。

6 東京都歯科医師会会員の有無について、☐にチェック印をご記入ください。

- ☐ 会 員
- ☐ 会員の診療所に勤務
- ☐ 非会員

※住所、電話番号等の変更がありましたら、当センター医療連携室までご連絡ください。
東京都立心身障害者口腔保健センター医療連携室 FAX もしくは郵送にて
ご提出いただきますようお願い申し上げます。

提出先 〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸 1-1 セントラルプラザ 8階

TEL : 03-3235-1141

FAX : 03-3235-1144