令和　　年　　月吉日

医　療　機　関　様

横浜市立みなと赤十字病院
院　長　　伊　藤　　宏

みなと赤十字病院登録医制度のご案内

時下　貴職におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素より当院の運営につきまして格段のご厚誼を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、当院は平成１８年４月より登録医制度を導入し、地域の先生方と医療連携を推進しております。
つきましては、今般先生方との更なる医療連携を推進するため、登録医のご案内をさせていただきました。
おって、別紙資料についてご一読の上、ご賛同・ご登録いただきましたら幸いです。
何卒ご検討のほどよろしくお願い申し上げます。
今後とも医療連携を推進し、地域医療の質の向上に努める所存でございます。
ご支援ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

担当：医療連携課
045-628-6365(直通電話)
045-628-6367(直通 FAX)

みなと赤十字病院登録医に関する取り決め

第１条（目的）
この登録システムはみなと赤十字病院（以下病院）の近隣地域の医師・歯科医師（以下登録医）と病院が相互に協力して、機能分化を明確にした病診連携を強化し、病院を地域に開放することで医師の生涯教育に貢献することを目的とする。

第２条（対象）
医師・歯科医師

第３条（手続き）
１．希望する医師が個人で、氏名及び必要事項を所定欄に記入した登録医申込書をみなと赤十字病院院長（以下病院長）に提出する。
２．病院長は、申込書を検討し、登録医として認めた医師に登録証を交付し、名札を発行する。
３．登録の有効期限は２年間とする。
但し、有効期間終了時に登録抹消の意思表示が無い場合には、自動的に更新される。

第４条（待遇）
１．登録医は前もって「医療連携課（8:30～17:00）」に連絡し、登録医訪問記録に必要事項を記入し、登録医自身の紹介した患者に面接し、情報取得ができる。また受持医の了解を得てその診療録、検査成績、画像資料を院内で閲覧することができる。
２．病院担当部長または受持医の了解のもとに、検査や特殊な診療を見学することができる。
３．病院担当部長の認める範囲において、受持医の了解のもとに手術助手、検査実習などの診療（研修診療）を無報酬で行うことができる。
４．登録医は施設基準に係る連携体制の受入の依頼を申込ができる。
５．病院で開催する学術集会、講演会、臨床病理検討会、症例検討会、抄読会などの医学集会に参加できる。
６．病院の図書室で蔵書する図書の閲覧、文献のコピーをすることができる。
コピーの費用負担は、原則無料とする。
７．登録医からの紹介患者は、可能な限り優先的に診療を行う。
８．登録費は無料とする。
９．登録医が病院構内の所定の場所（地上）に駐車したときの駐車料は、無料とする。
１０．登録医の了承のもとに病院のホームページに登録医名の掲載及び登録医診療所のホームページをリンクさせることができる。

１１．病院から診療所への紹介は専門領域等を勘案し、登録医を優先的に紹介する。

第５条（遵守事項）
登録医は病院内で名札を着用し、病院職員に準ずる諸規定を遵守するものとする。

第６条（問題の解決）
１．登録医と病院との間で何らかの問題が生じた場合、当該登録医と病院長とが協議し、問題を解決するものとする。
２．病院長は、登録医が登録医としてふさわしくないと認めたときには、当該登録医と病院長とが協議の上、その登録を取り消すことができる。

第７条（個人情報保護）
１．登録医自身の紹介した患者の情報は診療目的外には使用しないものとする。
２．登録医自身の紹介した患者以外の情報は閲覧することはできない。

第８条（その他）
開放病床・共同診療については院内体制が整い次第調整し、登録医に提供していくこととする。

附則　この取り決めは、平成１８年４月３日から施行する。

横浜市立みなと赤十字病院　登録医申込書

みなと赤十字病院
院長　伊藤　宏　様

私は、貴病院の登録歯科医師となる事を希望します。

医療機関名	
住所	〒　　- _____ _____
TEL	（　　）
FAX	（　　）
メールアドレス	
勤務医名	フリガナ （院長）
	フリガナ
	フリガナ
ご希望の登録医証タイプ	□　卓上タイプ（170×130mm） □　壁掛タイプ（310×220mm） ※次ページ参照の上選択してください
当病院ホームページへの掲載	□可 □否
ホームページアドレス	https://

横浜市立みなと赤十字病院　登録医証のご案内

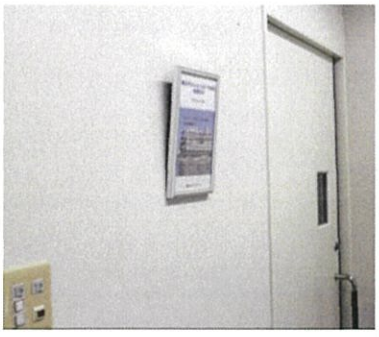
みなと赤十字病院ではご登録いただきました医療機関様へ「横浜市立みなと赤十字病院　登録医証」をご送付しております。院内にてご掲示いただけますと幸いです。

この登録医証につきまして、先生方のご施設にマッチするよう、卓上タイプと壁掛タイプの 2 種類をご用意いたしました。お手数ですが、いずれかをお選びいただき、別紙　登録医申込書の所定欄にてご希望のタイプをお知らせくださいますよう、よろしくお願いいたします。

《卓上タイプ》

外形サイズ　縦 170×横 130mm　　中紙サイズ　縦 127×横 89mm（L 版）
※壁に掛けることも可能です。ヒモ無

《壁掛タイプ》



外形サイズ　縦 310×横 220mm　　中紙サイズ　縦 297×横 210mm（A4 版）
ヒモ付

※誠に勝手ながらご希望のタイプについてご明記のない場合は、卓上タイプをご送付いたします。

HP専用

― 医療連携シートご記入のお願い ―

当院は急性期医療を担う地域医療支援病院です。地域の医療機関との役割分担を図り、患者様にとって適切な医療を継続的に提供していくため、医療連携を積極的に取り組んで参ります。

登録医申込に際し、別紙医療連携シートに貴院の診療内容をご記載いただきたいと存じます。

可能な範囲でかまいませんが、特に専門分野、アピールポイントは患者紹介の際の重要な項目となりますので、なるべく詳しくご記入くださいますようお願いいたします。

また記載の内容に変更発生の都度、お手数ですが、医療連携課までお知らせ下さい。

頂いた情報の取扱に十分配慮し、医療連携のために活用させていただきます。

お問合せは医療連携課
045-628-6365(直通電話)
045-628-6367(直通 FAX)

HP専用

医療連携シート（歯科）

診療時間		月	火	水	木	金	土	日
	午前	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :
		終了時刻は（受付・診察）終了時間です						
	午後	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :	: ～ :
		終了時刻は（受付・診察）終了時間です						

診療科：歯・口外・小歯・矯歯

その他標榜科
（　　）

専門分野:　　認定医・専門

所属学会:　　指定医:

特色・得意分野:

往診	在宅療養支援歯科診療所	時間外	外国語	駐車場	バリアフリー

逆紹介時受入可能な項目

□カリエス治療
□歯周病
□補綴治療
□小児歯科
□矯正治療
□その他（　　）

条件・備考	

～ 当院と医療連携をするにあたりご意見・ご要望等 ～

※ご記入頂いた情報は、取扱には十分留意し、当院と貴院との医療連携のために使わせていただき、その他の目的には使用しません。

日本赤十字社 Japanese Red Cross Society　横浜市立みなと赤十字病院

HP専用