

東京衛生アドベンチスト病院

「地域医療連携機関」登録制度のご案内

1. 目的

患者さまに継ぎ目ない医療を提供するために、地域の医療機関の先生方とのより良い連携を目指し「地域医療連携機関」登録制度を設けております。

2. 医療連携機関の要件

保険医の登録をされている医療機関で、東京衛生アドベンチスト病院との連携を希望される地域の医療機関さま。

3. 手続き

- ① 当院地域連携室（03-3392-3884）へご連絡ください。
- ② 「医療連携登録制度 申請書」のPDFをダウンロード・印刷いただき、ご記入ください。
- ③ ②の用紙をご記入後、当院地域連携室まで郵送いただけますようお願いいたします。

〒167-8507 東京都杉並区天沼 3-17-3

東京衛生アドベンチスト病院 地域連携室

電話：03-3392-3884

FAX：03-3392-1513

- ④ 申請書類を確認次第、当院より「地域医療連携機関登録承諾書」を発行・郵送させていただきます。

※②③につきましては来院いただきお手続きいただくことも可能です。

4. 優遇処置

- ① 医療連携登録施設さまからの紹介患者さまの予約については、優先的に対応できるよう配慮させていただきます。
- ② 医療連携登録施設さまからの紹介患者さまは積極的に逆紹介させていただきます。
- ③ CT・MRI・超音波検査の予約は早急に対応させていただきます。

5. 更新方法

登録は辞退の意思表示のない場合、毎年自動で更新されます。