申込み日：平成　　年　　月　　日

会長　谷　修一　殿

首都圏地域医療連携パス協会申込書

1. 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」へ登録はお済ですか。（以下〇をご記入下さい）

http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp

(1) はい・いいえ　　いいえの方は上記アドレスにて手続きをお願いします。

(2) 登録は　急性期　・　回復期　・　維持期　のどちらでお済ですか。（複数回答有）

2. 入会される病院・施設の代表世話人氏名　　職種　　役職

メールアドレス；　　@

事務担当者氏名　　職種　　役職

メールアドレス；　　@

3. 急性期病院でお申込みは地域連携診療計画管理料、回復期・維持期は地域連携診療計画退院時指導料に該当する事項に〇で囲んでください。またその該当する項目を記載の上、以下へご連絡下さい。

（地域連携診療計画管理料
地域連携診療計画退院時指導料　Ⅰ
地域連携診療計画退院時指導料　Ⅱ）の施設基準に関わる届出書添付書類

計画管理病院

1　計画管理病院

・保険医療機関の名称　　・連絡先

・開設者名　　・担当医師名

2　受け入れ病棟について

・病床数　　床　　・一般病棟の平均在院日数　　日

（※17日以内であること）

・届出入院基本料の区分　　（直近3ヶ月：平成　年　月　日～平成　年　月　日）

連携保険医療機関

脳卒中

連携保険医療機関について

保険医療機関の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

申し込み先：

一般社団法人　首都圏地域医療連携パス協会事務局

〒100-0014

東京都千代田区永田町2-17-17アイオス永田町512

TEL03（5511）1171　　FAX03（5511）0303

メールアドレス：tameike-club@mvi.biglobe.ne.jp

東京都以外の方は各地区の脳卒中地域保健医療計画に入っておられると思いますが、それを証明するものが必要です。PDFにて提出してください。