

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印

所在地 _____

「糖尿病地域連携の登録医療機関」への登録届

「糖尿病地域連携の登録医療機関」への登録を希望するため、下記のとおり届け出ます。

登録を希望する項目			
かかりつけ医※ <input type="checkbox"/>	専 門 医※ <input type="checkbox"/>	かかりつけ眼科医 <input type="checkbox"/>	その他 (↓○をつけてください)
		かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/>	皮膚科・整形外科・透析 その他 ()

※東京都医療機関案内サービス「ひまわり」の「7糖尿病関連項目」の登録内容を確認の上、区分にチェックを入れてください。

かかりつけ医：(1)外来診療の02及び05のいずれにも該当

専 門 医：(1)外来診療の02から07まで、(3)患者教育の01のすべてに該当

登録要件の確認		チェック欄 (v)
1	東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に医療機能情報を掲載している	
2	「糖尿病治療のエッセンス」(日本糖尿病対策推進会議編)に即した診療を行っている	
3	「医療連携の紹介・逆紹介のポイント」を踏まえた連携に取り組む	
4	「糖尿病地域連携の登録医療機関」の役割を担い、次の①、②いずれかを満たす意思がある ① 地域で使用されている、糖尿病医療連携手帳やクリティカルパス、又は診療情報提供書など、連携のためのツールを使用する。 ② 各圏域や医師会、歯科医師会が実施する勉強会などへ参加する。	
5	連携の実績(糖尿病治療実績、勉強会への参加状況等)の報告を行う	

担当者	所属	TEL	Fax
	氏名	Mail	

※この届出により登録された医療機関は、東京都保健医療局のホームページ等で広く公表します。