

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

印

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関として、次の要件を満たすので、添付書類とともに届け出ます。

受理された後、届出の内容を、ホームページ上に掲載されることを承諾します。積極的に医療連携に取り組み、数値等把握するための調査項目については、毎年、前年実績を報告します。

記

1 医療機能（該当するものに✓をして下さい）

急性期

回復期

再発予防

} 複数選択可

かかりつけ ← 上のいずれにも該当しない場合のみ選択可

2 添付書類（かかりつけの届出は（1）の添付不要）

（1）医療機能調査票（別紙様式1①～③）

（2）安心ハート手帳利用届出票（別紙様式2）