

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

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

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）