

市川市医療機関情報 (新規) 掲載申請書

病院・診療所

市川市ホームページ「医療機関情報」への掲載を申請いたします。

申請年月日	令和		年		月		日		
申請担当者 所属・氏名								TEL	

▼掲載を希望する医療機関情報の内容

フリガナ	フリガナ
病院名	院長名
住所	市川市
TEL	

※該当するものにマルを付けて下さい。

診療科目等	内科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	呼吸器科	<input type="checkbox"/>	神経科	<input type="checkbox"/>
	小児科	<input type="checkbox"/>	婦人科	<input type="checkbox"/>	消化器科	<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>
	小児外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	循環器科	<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>
	外科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	歯科	<input type="checkbox"/>
	形成外科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	人工透析	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	<input type="checkbox"/>
	整形外科	<input type="checkbox"/>	胃腸科	<input type="checkbox"/>	リウマチ科	<input type="checkbox"/>	矯正歯科	<input type="checkbox"/>
	リハビリテーション科	<input type="checkbox"/>	肛門科	<input type="checkbox"/>	アレルギー科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>
	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	心療内科	<input type="checkbox"/>	在宅医療	<input type="checkbox"/>
	気管食道科	<input type="checkbox"/>	麻酔科	<input type="checkbox"/>	心クリニック	<input type="checkbox"/>	糖尿病内科	<input type="checkbox"/>
							ペインクリニック	<input type="checkbox"/>

■その他の診療科目 ()

※休診日欄より、「休診日」に該当する曜日にチェック () を付けて下さい。
 ※休診日ではない場合は、診療時間を「24時間表示」で記入して下さい。

	休診日	診療時間 1	診療時間 2
月	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
火	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
水	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
木	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
金	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
土	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
日	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
祝	<input type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :

※該当するものにマルを付けて下さい。

予防接種・各種検診	■予防接種	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	■各種検診	前立腺がん検診	<input type="checkbox"/>
	BCG	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	市川市が実施する 特定検診調査等	<input type="checkbox"/>
	四種混合	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/>
	麻疹・風疹混合	<input type="checkbox"/>	破傷風	<input type="checkbox"/>	肺がん検診	<input type="checkbox"/>
	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	<input type="checkbox"/>
二種混合	<input type="checkbox"/>	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/>			

備考

ホームページアドレス: なし or あり → (URL)

▼未記入の場合は、申請日から3日程度(土日祝日を除く)を目安に掲載を開始します。
 開業などの事情により掲載日を指定する場合は、希望日を記入して下さい。

*掲載希望日: 令和 年 月 日

市川市医療機関情報 (新規) 掲載申請書

病院・診療所

記入例

市川市ホームページ「医療機関情報」への掲載を申請いたします。

申請年月日	令和	1	年	5	月	1	日	
申請担当者 所属・氏名	〇〇病院 〇〇課 市川 花子						TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

▼掲載を希望する医療機関情報の内容

フリガナ	〇〇ピョウイン	フリガナ	イチカワ タロウ
病院名	〇〇病院	院長名	市川 太郎
住所	市川市 〇〇〇 □-□-□		
TEL	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 - □ □ □ □		

※該当するものにマルを付けて下さい。

診療科目等	内科	<input checked="" type="checkbox"/>	眼科		呼吸器科		神経科	
	小児科	<input checked="" type="checkbox"/>	婦人科		消化器科		精神科	
	小児外科		産婦人科		循環器科		神経内科	
	外科		皮膚科		心臓血管外科		歯科	
	形成外科		泌尿器科		人工透析	<input checked="" type="checkbox"/>	歯科口腔外科	
	整形外科		胃腸科		リウマチ科		矯正歯科	
	リハビリテーション科		肛門科		アレルギー科		脳神経外科	
	耳鼻咽喉科		放射線科		心療内科		在宅医療	<input checked="" type="checkbox"/>
	気管食道科		麻酔科		心クリニック		糖尿病内科	
	■その他の診療科目 (その他の診療科目は、医療機関情報の「備考欄」に掲載されます。)							

※休診日欄より、「休診日」に該当する曜日にチェック () を付けて下さい。
 ※休診日でない場合は、診療時間を24時間表示で記入して下さい。

	休診日	診療時間 1	診療時間 2
月	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 13 : 00	: ~ :
火	<input type="checkbox"/>	14 : 00 ~ 17 : 00	: ~ :
水	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 13 : 00	14 : 00 ~ 17 : 00
木	<input checked="" type="checkbox"/>	注意 ①診療時間について補足事項がある場合は、備考欄にご記入下さい。 例) 受付時間・月1の休診日など。 ②記入いただいた診療時間は、市のルールに則り 「午前」・「午後」表記に変えてホームページに掲載します。	
金	<input checked="" type="checkbox"/>		
土	<input checked="" type="checkbox"/>		
日	<input checked="" type="checkbox"/>		
祝	<input checked="" type="checkbox"/>		

木・金・土
日・祝日が
お休みの場合。

※該当するものにマルを付けて下さい。

予防接種 各種検診	■予防接種		流行性耳下腺炎		■各種検診		前立腺がん検診	
	BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input checked="" type="checkbox"/>	市川市が実施する 特定検診調査等	<input checked="" type="checkbox"/>	乳がん検診	
	四種混合	<input checked="" type="checkbox"/>	水痘		肝炎ウイルス検診	<input checked="" type="checkbox"/>	子宮がん検診	<input checked="" type="checkbox"/>
	麻疹・風疹混合		破傷風		肺がん検診		乳幼児検診	
	日本脳炎		B型肝炎		大腸がん検診			
	二種混合		肺炎球菌ワクチン					

備考
 診療の受付時間は、診療終了の15分前までです。
 第3火曜日は休診です。第3日曜は診療しており、診療時間は9時~12時です。
 四種混合の予防接種は、要予約です。開業に伴い、6月1日(金)掲載を希望します。

ホームページ
アドレス

なし or あり → (URL) <http://www.〇〇〇.〇〇〇.□□.□□>

▼未記入の場合は、申請日から3日程度(土日祝日を除く)を目安に掲載を開始します。
 開業などの事情により掲載日を指定する場合は、希望日を記入して下さい。

*掲載希望日

令和 1 年 5 月 1 4 日