

市川市医療機関情報（新規）掲載申請書

病院・診療所

※申請いただいた情報は、掲載までに2週間程度お時間をいただく場合がございます。

市川市保健医療課へ、メールまたはFAXにて申請してください。

＜送付先＞ メール：hoken-iryo@city.ichikawa.lg.jp FAX：047-712-8740

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	西暦				年			月			日
申請担当者 所属・氏名									電話番号		
									FAX		

▼掲載を希望する医療機関情報の内容

フリガナ					フリガナ				
医療機関名					院長名				
住 所	市川市								
電話番号					駐車場	あり or なし （ ） 台			
診療科目	※該当するものにマルを付けて下さい。								
	内 科		婦人科		呼吸器内科		心クリニック		
	小 児 科		産婦人科		呼吸器外科		精神科		
	小児外科		乳腺外科		糖尿病内科		神経科		
	外 科		泌尿器科		心臓血管外科		神経内科		
	形成外科		胃腸科		消化器科		歯 科		
	整形外科		胃腸内科		消化器内科		歯科口腔外科		
	リハビリテーション科		肛門科		消化器外科		矯正歯科		
	耳鼻咽喉科		肛門外科		循環器科		脳神経外科		
	気管食道科		放射線科		リウマチ科		在宅医療		
	眼 科		麻酔科		アレルギー科		人工透析		
	皮膚科		呼吸器科		心療内科		ペインクリニック		
	■その他の診療科目								

医療機関名											
診療日時	※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	☐	:	~	:	:	~	:			
	火	☐	:	~	:	:	~	:			
	水	☐	:	~	:	:	~	:			
	木	☐	:	~	:	:	~	:			
	金	☐	:	~	:	:	~	:			
	土	☐	:	~	:	:	~	:			
	日	☐	:	~	:	:	~	:			
祝	☐	:	~	:	:	~	:				
予防接種	※該当するものにマルを付けて下さい。										
	BCG	☐	二種混合	☐	破傷風	☐	ヒブ	☐			
	四種混合	☐	流行性耳下腺炎	☐	B型肝炎	☐	ロタ	☐			
	麻疹・風疹混合	☐	インフルエンザ	☐	小児用肺炎球菌	☐	ポリオ（不活化）	☐			
	日本脳炎	☐	水痘	☐	高齢者用肺炎球菌	☐	子宮頸がん	☐			
各種検診	※該当するものにマルを付けて下さい。										
	市川市が実施する特定健康診査	☐	肺がん検診	☐							
	乳がん検診（40歳代・マンモグラフィ）	☐	前立腺がん検診	☐							
	子宮がん検診	☐	大腸がん検診	☐							
	肝炎ウイルス検診	☐	乳幼児健診	☐							
	胃がん検診（内視鏡）	☐	人間ドック	☐							
	胃がんリスク検査	☐		☐							
障がい者への配慮 （バリアフリー）	※該当するものにマルを付けて下さい。										
	バリアフリー化の実施	☐	音声による情報の伝達	☐							
	施設内の情報表示	☐	施設内の点字ブロックの表示	☐							
	手話による対応	☐	点字による表示	☐							
備考											
ホームページ アドレス	あり or なし（URL）										
○右記の媒体への掲載を希望します。 ・ いちかわ便利帳などの紙媒体（希望します・希望しません）											

市川市医療機関情報（新規）掲載申請書

病院・診療所
記入例

※申請いただいた情報は、掲載までに2週間程度お時間をいただく場合がございます。

市川市保健医療課へ、メールまたはFAXにて申請してください。

＜送付先＞ メール：hoken-iryo@city.ichikawa.lg.jp FAX：047-712-8740

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	西暦	2	0	2	2	年	4	月	1	日
申請担当者 所属・氏名	〇〇医院 市川 花子							電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
								FAX	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	〇〇イイン	フリガナ	イチカワ タロウ
医療機関名	〇〇医院	院長名	市川 太郎
住 所	市川市 〇〇〇 □-□-□		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	駐車場	あり or なし (5) 台

※該当するものにマルを付けて下さい。

診 療 科 目	内 科	○	婦人科		呼吸器内科		心クリニック	
	小 児 科	○	産婦人科		呼吸器外科		精神科	
	小児外科		乳腺外科		糖尿病内科		神経科	
	外 科		泌尿器科		心臓血管外科		神経内科	
	形成外科		胃腸科		消化器科		歯 科	
	整形外科		胃腸内科		消化器内科		歯科口腔外科	
	リハビリテーション科		肛門科		消化器外科		矯正歯科	
	耳鼻咽喉科		肛門外科		循環器科		脳神経外科	
	気管食道科		放射線科		リウマチ科		在宅医療	○
	眼 科		麻酔科		アレルギー科		人工透析	○
	皮膚科		呼吸器科		心療内科		ペインクリニック	
	■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。							

医療機関名		〇〇医院				
診療日時	※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	☐	9 : 00 ~ 13 : 00	: ~ :		
	火	☐	14 : 00 ~ 15 : 00	: ~ :		
	水	☐	9 : 00 ~ 13 : 00	14 : 00 ~ 17 : 00		
	木	☒	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	☒				
	土	☒				
日	☒					
祝	☒					
木・金・土日・祝日がお休みの場合。						
予防接種	※該当するものにマルを付けて下さい。					
	BCG	☐	二種混合		破傷風	
	四種混合	☐	流行性耳下腺炎		B型肝炎	
	麻疹・風疹混合		インフルエンザ	☐	小児用肺炎球菌	
	日本脳炎		水痘		高齢者用肺炎球菌	
各種検診	※該当するものにマルを付けて下さい。					
	市川市が実施する特定健康診査	☐	肺がん検診			
	乳がん検診（40歳代・マンモグラフィ）		前立腺がん検診			
	子宮がん検診	☐	大腸がん検診			
	肝炎ウイルス検診	☐	乳幼児健診			
	胃がん検診（内視鏡）		人間ドック			
	胃がんリスク検査					
障がい者への配慮	※該当するものにマルを付けて下さい。					
	バリアフリー化の実施	☐	音声による情報の伝達			
	施設内の情報表示	☐	施設内の点字ブロックの表示			☐
	手話による対応		点字による表示			
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	☒ あり or なし (URL) http://www.〇〇〇.〇〇〇.〇〇.〇〇				
○右記の媒体への掲載を希望します。 ・ いちかわ便利帳などの紙媒体（希望します ☒ 希望しません）						