

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-iryokikan@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

※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								

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。																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">休診日</th> <th style="width: 25%;">診療時間1</th> <th style="width: 25%;">診療時間2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>月</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>火</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>水</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>木</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>金</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>土</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> <tr> <td>祝</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> <td style="text-align: center;">: ~ :</td> </tr> </tbody> </table>		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"/>	: ~ :	: ~ :
		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。																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">BCG</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 25%;">二種混合</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 25%;">破傷風</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 20%;">ヒブ</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>四種混合</td> <td></td> <td>流行性耳下腺炎</td> <td></td> <td>B型肝炎</td> <td></td> <td>ロタ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻疹・風疹混合</td> <td></td> <td>インフルエンザ</td> <td></td> <td>小児用肺炎球菌</td> <td></td> <td>ポリオ (不活化)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td></td> <td>水痘</td> <td></td> <td>高齢者用肺炎球菌</td> <td></td> <td>子宮頸がん</td> <td></td> </tr> </table>	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						
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																															
※該当するものにマルを付けて下さい。																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">市川市が実施する特定健康診査</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 50%;">肺がん検診</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>乳がん検診 (40歳代・マンモグラフィ)</td> <td></td> <td>前立腺がん検診</td> <td></td> </tr> <tr> <td>子宮がん検診</td> <td></td> <td>大腸がん検診</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肝炎ウイルス検診</td> <td></td> <td>乳幼児健診</td> <td></td> </tr> <tr> <td>胃がん検診 (内視鏡)</td> <td></td> <td>人間ドック</td> <td></td> </tr> <tr> <td>胃がんリスク検査</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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																
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。																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">バリアフリー化の実施</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 50%;">音声による情報の伝達</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>施設内の情報表示</td> <td></td> <td>施設内の点字ブロックの表示</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手話による対応</td> <td></td> <td>点字による表示</td> <td></td> </tr> </table>	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																									
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-iryokikan@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	<input type="radio"/>	婦人科		呼吸器内科		心クリニック		
	小児科	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	
	眼科		麻酔科		アレルギー科		人工透析	<input type="radio"/>	
	皮膚科		呼吸器科		心療内科		ペインクリニック		
	<p>■その他の診療科目</p> <p style="text-align: center; color: red;">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。</p>								

医療機関名	○○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	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 13 : 00
	火	<input type="checkbox"/>	14 : 00 ~ 15 : 00
	水	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 13 : 00
	木	<input checked="" type="checkbox"/>	14 : 00 ~ 17 : 00
	金	<input checked="" type="checkbox"/>	
	土	<input checked="" type="checkbox"/>	
	日	<input checked="" type="checkbox"/>	
	祝	<input checked="" type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 木・金・土日・祝日がお休みの場合。 </div>			
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 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。 </div>			
予防接種	※該当するものにマルを付けて下さい。		
	BCG	<input type="radio"/>	二種混合
	四種混合	<input type="radio"/>	流行性耳下腺炎
	麻疹・風疹混合	<input type="radio"/>	インフルエンザ
	日本脳炎	<input type="radio"/>	水痘
			破傷風
			B型肝炎
			小児用肺炎球菌
			高齢者用肺炎球菌
			ヒブ
			ロタ
			ポリオ (不活化)
			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	<input type="radio"/>	肺がん検診
	乳がん検診 (40歳代・マンモグラフィ)	<input type="radio"/>	前立腺がん検診
	子宮がん検診	<input type="radio"/>	大腸がん検診
	肝炎ウイルス検診	<input type="radio"/>	乳幼児健診
	胃がん検診 (内視鏡)	<input type="radio"/>	人間ドック
	胃がんリスク検査	<input type="radio"/>	
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	<input type="radio"/>	音声による情報の伝達
	施設内の情報表示	<input type="radio"/>	施設内の点字ブロックの表示
	手話による対応	<input type="radio"/>	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	<input checked="" type="radio"/> あり or なし (URL) http://www.○○○.○○○.□□.□□		
○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 <input checked="" type="radio"/> 希望しません)			