

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	
※「あり」の場合は駐車可能台数をご記入ください。			

※該当するものにマルを付けて下さい。

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

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	
	四種混合		流行性 耳下腺炎	
	麻疹・風疹 混合		インフル エンザ	
	日本脳炎		水痘	
	破傷風		ヒブ	
	B型肝炎		ロタ	
	小児用 肺炎球菌		ポリオ (不活化)	
	高齢者用 肺炎球菌		子宮頸がん	
	五種混合		帯状疱疹	
	RSウイルス			
	※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	
各種検診	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			
	※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	
障がい者への配慮 バリアフリー	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）				