

このままFAXでお送りください 03-3403-5861

認定医リスト登録フォーム

年 月 日

学会誌やHPに情報を載せてよい はい いいえ ※一般診療を行っていない場合は掲載できません。

ふりがな	
会員名	

認定番号

--

勤務先 ※登録内容と同じ場合記入の必要はありません

勤務先名称	
-------	--

ふりがな	〒
所在地	

勤務先電話		勤務先FAX	
-------	--	--------	--

通信先

E-mail	
--------	--

※患者さんからの問い合わせ用です

ホームページ	http://
--------	---------

診察内容 ※該当する項目に☑をつけてください。全ての項目が“対応できない”場合は掲載できません。

1.留学・赴任のための予防接種	<input type="checkbox"/> 対応ができる <input type="checkbox"/> 対応ができない
	↓ <対応できるものすべてに○印をつけてください。(輸入ワクチン可)>
A型肝炎 B型肝炎 破傷風 狂犬病 日本脳炎 ポリオ ジフテリア A・B型肝炎混合 腸チフス コレラ MR(麻疹・風疹混合) MMR(麻疹・おたふく・風疹混合) ダニ脳炎 髄膜炎	
2.高山病薬ダイアモックスの処方	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
3.エピペン(エピネフリン、アナフィラキシー補助治療剤)の処方	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
4.ダイビングの相談	<input type="checkbox"/> 専門的な対応ができる <input type="checkbox"/> 一般的な対応ができる <input type="checkbox"/> 対応ができない
5.英語での診療	<input type="checkbox"/> 専門的な対応ができる <input type="checkbox"/> 一般的な対応ができる <input type="checkbox"/> 対応ができない
6.英文旅行診断書の作成	<input type="checkbox"/> 複雑な内容でも作成できる <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら作成できる <input type="checkbox"/> 作成できない
7.旅行前の相談	<input type="checkbox"/> 専門的な対応ができる <input type="checkbox"/> 一般的な対応ができる <input type="checkbox"/> 対応ができない
8.帰国後の相談	<input type="checkbox"/> 専門的な対応ができる <input type="checkbox"/> 一般的な対応ができる <input type="checkbox"/> 対応ができない
9.「自己記入式 安全カルテ」の取り扱い	<input type="checkbox"/> 3冊とも取り扱っている <input type="checkbox"/> 一部のみ取り扱っている(成人用 学生用 小児用) <input type="checkbox"/> 取り扱っていない
10.備考(診察日時 予約の有無など)	