

**전화**: 1522-8119

**FAX**: 0503-8379-2318

**우편**: 경기도 용인시 처인구 금령로 39번길 8-6 (김량장동)

**홈페이지:** mj-hospital.com

< 명주 병원 협력 병원 신청서 >

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 의료기관 | 의료기관명 |  |
| 주소 |  |
| 전화번호 |  | FAX |  |
| 개설신고일자(개설허가증기준) |  | 요양기관번호 |  |
| 대표진료과목 |  |
| 홈페이지 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 대표자 | 성함/직함 |  | 의사면허번호 |  |
| 졸업학교 |  대학교 | 수련병원명 |  |
| 전문진료과 |  | 핸드폰번호 |  |
| E-mail (선택) |  |
| 회신방법 | Ο우편 Ο 팩스 Ο e-mail |
| 기타 | 추가 기재 사항이 있으면 적어주세요. |

|  |  |
| --- | --- |
| 항목 | 종류 |
| 요양기관종별 | □의원 □한의원 □병원(□요양병원 □전문병원)□기타 ( □요양원 ) |
| 시설/장비 | □격리실 가능 □호스피스 병실 □재활실□혈액 투석실 □구급차 |
| 허가 병상수 |  병상 |
| 인력 현황 | 의사직(명) | 간호직(명) | 보건직(명) | 기타(명) | 합계(명) |
|  |  |  |  |  |

▣ 요양기관 현황

**▣** 기본처치 가능 항목

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 처치명 | 가능 여부 | 비고 |
| Tracheostomy care |  |  |
| L-tube |  |  |
| PEG |  |  |
| Foley/Nelaton |  |  |
| 배액관 관리(위루, 장루, 요루) |  |  |
| 욕창 치료 |  |  |
| 수혈 |  |  |
| 중심정맥관 삽입 및 관리 |  |  |
| TPN |  |  |
| Ventilator |  |  |
| Suction |  |  |
| O2 therapy |  |  |
| 기타 |  |  |

**▣** 재활전문 및 요양병원의 경우 간병 시스템 및 진료비

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 보호자간병 |  | 공동간병 |  | 개인간병 |  |
| 월평균 소요비용 | 건강보험환자의 경우 |  |
| 의료급여환자의 경우 | 1종 |  |
| 2종 |  |

**▣** 협력병원 실무 담당자

|  |  |
| --- | --- |
| 성명 |  |
| 근무부서 |  | 직위 |  |
| 전화번호 |  | FAX |  |
| 핸드폰 번호 |  |
| E-mail |  |

본원은 수집한 정보를 명주병원과의 진료협력 관련 용도로만 사용합니다.

“개인정보 보호법”에 명기된 관련 법률에 의거하여 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

 년 월 일

 병(의)원장: (서명)

※ 첨부자료: 사업자등록증, 의료기관 개설신고 증명서