

※毎月20日までに提出いただくと翌月1日より算定可能となります。

平成 年 月 日

がん治療連携指導料について

※どちらかに✓をご記入下さい。

新規申請

登録内容変更 (平成 年 月1日より変更)

※登録内容変更の場合は項目に○をつけ、下記に新・旧の情報を記入下さい。

(保険医療機関コード・医療機関名・管理者名・所在地・電話番号・連携がんの追加・取消)

保険医療機関コード _____

※旧コード _____

医療機関名 _____

※旧医療機関名 _____

管理者名 _____ (事務担当者: _____)

※旧管理者名 _____

所在地 〒 _____

※旧所在地 〒 _____

電話番号 () - _____

※旧電話番号 () - _____

【福岡県内19のがん診療拠点病院等との連携を希望するがん】

※連携を希望するがんに○をつけて下さい。

胃がん ・ 大腸がん ・ 肺がん ・ 肝臓がん ・ 乳がん ・ 前立腺がん

※変更の場合はその内容 _____

【福岡県内のがん診療拠点病院】

- ①九州がんセンター (★) ②九州大学病院 (★) ③九州医療センター ④済生会福岡総合病院
⑤福岡大学病院 ⑥福岡東医療センター ⑦久留米大学病院 ⑧聖マリア病院 ⑨公立八女総合病院
⑩大牟田市立病院 ⑪飯塚病院 ⑫社会保険田川病院 ⑬北九州市立医療センター ⑭JCHO九州病院
⑮産業医科大学病院 ⑯福岡大学筑紫病院 (☆) ⑰朝倉医師会病院 (☆) ⑱浜の町病院 (○)
⑲戸畑共立病院 (○) ★=県拠点病院 ☆=地域がん診療病院 ○=県指定拠点病院

【問合せ先】福岡県医師会地域医療課 (柴田・北野・吉武)

TEL: 092-431-4564 FAX: 092-411-6858