

川崎市立川崎病院の連携登録医療機関に関する要綱

令和 2 年 1 2 月 1 日

2 川病庶第 1 5 3 5 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、川崎市立川崎病院（以下「川崎病院」という。）と地域の病院、診療所、歯科診療所（以下「医療機関等」という。）が緊密な連携を図りながら、患者中心の継続性のある適正な医療を確保するとともに、医学の進歩に対応した研修に努め、もって地域医療の向上に寄与するため、必要な事項を定めることを目的とする。

(連携登録医療機関)

第 2 条 前条の趣旨に賛同し、かつ川崎病院に申込のあった医療機関等を連携登録医療機関（以下「連携機関」という。）とし、連携登録医療機関名簿に登録する。

2 連携登録医療機関名簿には連携機関の名称、管理者、所在地、連絡先、標榜科目を登録するものとする。

3 医療機関等が連携登録医療機関名簿への登録を希望するときは、医療機関等の名称及び必要事項を記した「連携登録医療機関登録申込書」（様式 1）（以下「申込書」という。）を川崎病院に提出するものとする。

4 川崎病院は、連携機関に「連携登録医療機関登録証」（以下「登録証」という。）を交付する。また、連携機関の同意がある場合は、川崎病院内、川崎病院ホームページ等で連携機関であることを公開するものとする。

5 登録証には連携機関の名称、連携機関としての登録の日、登録証

作成の日を記載するものとする。

6 登録事項に変更がある場合は、連携機関は「連携登録医療機関登録情報変更届出書」（様式2）を川崎病院に提出するものとする。

7 連携機関が連携登録医療機関名簿からの登録の取消を希望する場合は、連携機関は「連携登録医療機関登録取消申出書」（様式3）を川崎病院に提出するものとする。

8 川崎病院は、連携機関の登録事項に変更があったことや、閉院等により連携機関が連携機関として機能しないことを確認したときは、登録事項の変更、登録の取消をすることができる。

9 連携機関の登録は、特別の事由がない限り、継続するものとする。

（病院情報の提供）

第3条 川崎病院は、外来診療担当表、川崎病院が開催する講習会、講演会、市民公開講座に関する情報等を連携機関に提供するものとする。

（共同利用）

第4条 連携機関に所属する医師、歯科医師（以下「連携機関医」という。）は、川崎病院の指定する川崎病院の施設等を利用することができるものとし、その運用は別に定める。

2 連携機関医が川崎病院の施設を利用するときは、川崎病院が発行する名札を付け、川崎病院の諸規則を遵守するものとする。

（諸記録の閲覧）

第5条 連携機関医は、診療並びに川崎病院の管理及び運営に関する諸記録を閲覧することができるものとし、その運用は別に定める。

（個人情報保護）

第6条 連携機関医は、川崎病院で知り得た個人情報（以下「個人情報

報」という。)を正当な理由なく、第三者に開示、漏洩してはならない。

2 連携機関医は、個人情報川崎病院の許可なく使用し、複写し、又は複製してはならない。

3 連携機関医は、個人情報の漏えい、改ざん、滅失、き損その他の事故等の防止に万全を期するものとし、その事故等が発生したときは、直ちに川崎病院に連絡しなければならない。

(協議)

第7条 この要綱の解釈に疑義が生じた場合又はこの要綱に定めのない事項については、連携機関と川崎病院が協議を行い、解決するものとする。

(庶務)

第8条 連携機関に関する庶務は、川崎病院患者総合サポートセンターにおいて処理する。

(川崎市立川崎病院の連携登録医に関する要綱について)

第9条 「川崎市立川崎病院の連携登録医に関する要綱」(平成27年6月1日27川病庶第2492号)(以下「連携登録医要綱」という。)はこの要綱の制定をもって廃止する。

(経過措置)

第10条 連携登録医要綱により連携登録医として登録された医師又は歯科医師が登録の時に所属していた医療機関等は、この要綱における連携機関とみなし、連携登録医療機関名簿に登録する。

2 連携登録医要綱により交付された連携登録医証は、登録された医師又は歯科医師が登録の時に所属していた医療機関等の登録証とみなす。

附 則

この要綱は、令和2年12月1日から施行する。

(様式1)

連携登録医療機関登録申込書

(あて先)
川崎市立川崎病院
病院長

当院は、川崎市立川崎病院と連携して信頼される医療をこの地で提供するため、川崎病院の連携登録医療機関になることに同意します。

年 月 日

医療機関名	
管理者氏名	
所在地	〒 ー
電話・FAX	TEL fax
Eメール	
標榜科目	
情報公開	川崎病院内及び川崎病院ホームページ等にて連携登録医療機関である旨を公開することに (1) 同意します。 (2) 同意しません。 ※ (1)(2) いずれかに○をつけてください。 ※ 公開する事項は、医療機関名、所在地、電話番号、標榜科目です。
担当者	所属
	氏名

連携登録医療機関登録取消申出書

(あて先)

川崎市立川崎病院

病院長

当院は、川崎市立川崎病院の連携登録医療機関としての登録の取消を希望します。

年 月 日

医療機関名	
管理者氏名	
担当者	所属
	氏名