

# ご案内

～ 登録医の皆さまへ～

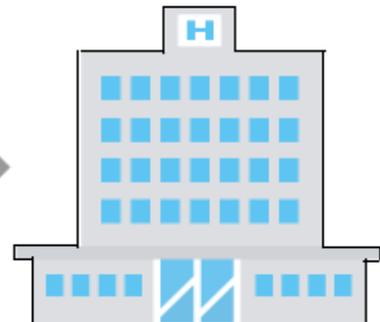
## 地域連携登録医

普段の受診は  
地域連携登録医で



## 豊橋市民病院

専門的な検査や治療は当院で



## 豊橋市民病院

〒441-8570  
愛知県豊橋市青竹町字八間西50番地  
電話 (0532) 33-6111 (代表)  
FAX (0532) 33-6177 (代表)

## 目次

1. 豊橋市民病院地域連携登録医について .....	P 1
2. ご利用いただける施設・設備等 .....	P 1
3. 登録の手続き .....	P 2
4. 開放型病床の利用 .....	P 5
5. 開放型病床の入院手順 .....	P 6
6. 共同診療・共同指導料 .....	P 8
7. 検査等の利用 .....	P 12
8. 診察・胃内視鏡検査の予約 .....	P 13
9. CT・MRI・RI・骨塩定量測定検査の予約 .....	P 14
10. 頸動脈エコー・心臓エコー検査の予約 .....	P 15
11. 施設の共同利用 .....	P 17
12. 研修会等のご案内 .....	P 17



# 1. 豊橋市民病院地域連携登録医制度について

豊橋市民病院では、地域の医師会及び歯科医師会の皆さまと相互の機能向上を図り連携を深めることにより、地域医療の充実及び発展に資することを目的として、「地域連携登録医」制度を始めました。

登録医になっていただくことにより、様々な施設や設備の利用が可能になります。



# 2. ご利用いただける施設・設備等

- 1 開放型病床                   【5床】  
診察された患者さんに入院の必要が生じた場合、当院と登録医の先生とが共同で診療にあたることのできる病床です。  
ご利用の際には、事前に登録医になっていただく必要があります。
  
- 2 検査                           【胃内視鏡・CT・MRI・RI・骨塩定量測定・頸動脈エコー・心臓エコー】  
検査のみのご依頼が可能です。  
検査後、医師の読影結果又は所見を、ご依頼いただいた登録医の先生へ報告させていただきます。
  
- 3 院内の施設                   【医学情報室（図書室）・研究室】  
医学情報室（図書室）のご利用が可能です。（図書の貸出は出来ません。）  
研究室のご利用が可能です。  
事前に地域連携室へ申込みをしていただく必要があります。
  
- 4 研修会等のご案内           【研修会・症例検討会等のご案内】  
当院で行われる、研修会や症例検討会等のご案内をさせていただきます。  
参加申込み等の受付やお問合せにも対応いたします。



### 3. 登録の手続き

豊橋市医師会  
豊川市医師会  
蒲郡市医師会  
田原市医師会  
豊橋市歯科医師会  
豊川市歯科医師会  
蒲郡市歯科医師会  
田原市歯科医師会

所属の  
医師及び歯科医師

左記以外の方で、  
診療活動を行う医師及び歯科医師

「地域連携登録医」に関する案内をご理解いただき、「地域連携登録医申請書」（様式1）を提出してください。

また、開放型病床の利用患者に対する共同診療にあたり、当院の総合情報システム（電子カルテ）を閲覧される場合には、「豊橋市民病院総合情報システム閲覧申請書」（様式3）及び「誓約書」（様式4）も提出してください。（提出先：地域連携室）

院長の承認

【地域連携登録医】として認定します。

「地域連携登録医認定証」（別紙1）と「地域連携登録医証」（別紙2）を発行後、送付します。

手続きは、以上です。  
豊橋市民病院の共同利用施設・設備等をご利用いただけるようになります。

※「地域連携登録医」としてご登録いただいた以降で、登録内容に変更又は地域連携登録医を辞められる場合には、「地域連携登録医（変更・辞退）届出書」（様式2）の提出をお願いします。



(様式1) 地域連携登録医申請書

(様式1)

地域連携登録医申請書

平成 年 月 日

豊橋市民病院長 様

私は、豊橋市民病院における地域医療支援の趣旨に賛同し、地域連携登録医運営要綱第3条、第5条及び第7条の規定に基づき、登録医として申請します。

氏名	フリガナ
医療機関名	フリガナ
医療機関所在地	〒 —
電話番号	
FAX番号	
e-mail	
診療科目	
休診日	
所属会	医師会 ・ 歯科医師会

豊橋市民病院の掲示板・ホームページ等への掲載について  
 希望します       希望しません

※医師会、歯科医師会に所属していない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。  
 ※ご記入いただきました個人情報は、登録医業務に関わる目的のみ使用し、他の目的には使用いたしません。

豊橋市民病院 地域連携室  
 電話 0532 - 33 - 3013 (直通)  
 FAX 0532 - 33 - 3037 (専用)

登録医番号 : TS \_\_\_\_\_

(豊橋市民病院にて記載)

(様式2) 地域連携登録医(変更・辞退)届出書

(様式2)

地域連携登録医(変更・辞退)届出書

平成 年 月 日

豊橋市民病院長 様

私は、豊橋市民病院地域連携登録医運営要綱第4条に基づき、登録医変更・辞退を届出します。

登録医番号	TS
登録医氏名	フリガナ
医療機関名	フリガナ
医療機関所在地	〒 —
電話番号	
FAX番号	
e-mail	
診療科目	
休診日	
所属会	医師会 ・ 歯科医師会

豊橋市民病院 地域連携室  
 電話 0532 - 33 - 3013 (直通)  
 FAX 0532 - 33 - 3037 (専用)

必ずご記載ください  
変更箇所のみご記載ください

(様式3) 豊橋市民病院総合情報システム閲覧申請書

(様式3)

豊橋市民病院総合情報システム閲覧申請書

平成 年 月 日

豊橋市民病院長 様

私は、豊橋市民病院に入院中の紹介患者について、病院総合情報システムから患者情報を閲覧できるよう下記のとおり申請します。

登録医番号	TS
登録医氏名	フリガナ
医療機関名	

【利用者への注意事項】

- システムにより知り得た情報は、第三者へ開示したり、漏らしたりしないこと。
- 個人情報及び個人情報記録された関連資料や記録媒体は、目的以外で使用しないこと。
- 閲覧するときは、「豊橋市民病院情報セキュリティポリシー」の内容を理解し、遵守すること。

豊橋市民病院 地域連携室  
 電話 0532 - 33 - 3013 (直通)  
 FAX 0532 - 33 - 3037 (専用)

(様式4) 誓約書

(様式4)

豊橋市民病院長 様

誓約書

私は、豊橋市民病院の総合情報システム(電子カルテ)閲覧のために患者情報の取扱いについて、下記の事項に従うことを誓約いたします。

記

- 当院訪問中に知り得た個人情報の保護には、細心の注意を払うこと。
- 病院総合情報システム等の利用を終えた場合は、速やかにシステムを終了(ログオフ)すること。
- 閲覧は、紹介患者の診療情報に限ること。それ以外の個人情報の閲覧や利用等、共同診療以外の目的には使用しないこと。  
※病院総合情報システムのサーバーに閲覧記録がログとして残ります。
- 病院総合情報システムからカルテ等を印刷して、個人情報を病院から持ち出さないこと。
- 訪問時に知り得た個人情報は、第三者に漏えい又は開示しないこと。

平成 年 月 日

医療機関名:  
 登録医氏名:  
 登録医番号: TS

以上



(別紙1) 地域連携登録医認定証

登録医番号 TS110000

**豊橋市民病院**  
**地域連携登録医認定証**

〇〇〇〇病院  
**豊橋太郎様**

地域医療の発展に寄与することを目的と  
した豊橋市民病院地域連携登録医として  
認定します。

平成 年 月 日

豊橋市民病院  
院長 〇〇 〇〇

(別紙2) 地域連携登録医証

(別紙2)

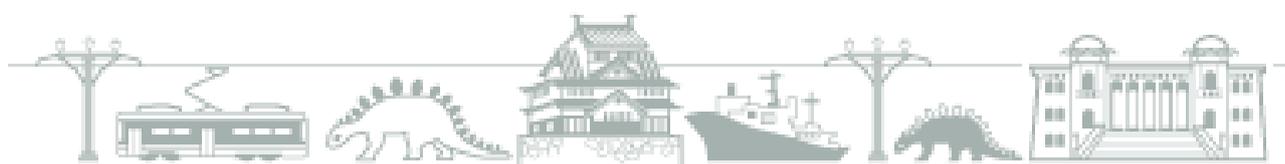
登録医番号 TS110001

豊橋市民病院 地域連携登録医証

〇〇〇〇病院

トヨハシ タロウ

医師 **豊橋太郎**



## 4. 開放型病床の利用

- ① 開放型病床数            5床
- ② 入院期間                急性期病院として、入院期間は14日以内を原則とします。  
※ 開放型病床を利用できる方は、事前に登録いただいた地域連携登録医の先生です。

診察された患者さんに入院の必要が生じた場合、開放型病床をご利用いただくことにより、地域連携登録医と当院の主治医が共同して、より綿密で安全な医療を提供することができます。

また、患者さんが退院された後には、再び地域医療機関において、一貫した治療を受けていただくことが可能となります。

○入院の可否は、当該診療科部長（当該診療科医師）と協議の上で決定します。

○開放型病床入院中の治療上の責任は、当院が負います。

○入院患者の主治医は、当院医師が担当します。地域連携登録医は、副主治医として診療、指導に参加してください。

○地域連携登録医は、紹介患者さんの一般診察、治療方針の説明・指導及びカルテを閲覧することができます。

○地域連携登録医は、概ね1回以上病床を訪問し、診療、指導を行うようお願いいたします。（共同診療は、原則として平日の午後1時から午後5時までです。）

○診療報酬の請求は、双方にて行います。（8ページ参照）

○患者さんの退院については、主治医と地域連携登録医が協議の上で決定し、退院後の療養に必要な指導を共同で行います。



## 5. 開放型病床の入院手順

- 1 申込み  
(地域連携登録医) 「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)に必要事項等を漏れなく記入し、地域連携室までFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037(地域連携室 専用)

平日の午前8時30分～午後5時00分まで

※ 上記の時間外に着信した場合は、翌日(休日明け)に対応いたします。

- 2 受入可否の回答  
(地域連携室) FAX受診後、当該診療科医師と協議の上で、入院の可否・入院日・入院病棟について決定後、「入院予約票」(様式6)又は「入院予約検討結果連絡票」(様式7)により、折り返しFAXにてご連絡いたします。
- 3 患者さんへ  
(地域連携登録医) 地域連携登録医は、患者さんに「開放型病床へ入院される患者さんへ」(別紙3)に基づき、開放型病床利用の主旨をご説明の上、「開放型病床入院同意書」(様式8)に必要事項を記入し、「入院予約票」(様式6・FAX送信分)と「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)の原本を渡し、入院日当日にご持参いただくようお願いください。
- 4 入院日当日  
(患者さん) 紹介患者さんは入院日当日、豊橋市民病院 **8** 番 救急外来・入院受付へお越しいただきます。

※当日ご持参いただくもの

1. 「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)の原本
2. 「入院予約票」(様式6)
3. 「開放型病床入院同意書」(様式8)
4. 「入院中の生活に必要なもの」(別紙4)をご参考に、入院中必要となるもの

- 5 入院のご連絡  
(地域連携室) 紹介患者さんの入院手続き終了後、豊橋市民病院病診連携室から「開放型病床入院報告書」(様式9)をFAXで送信いたします。  
紹介患者さんは入院日当日、担当医(豊橋市民病院での主治医)の診察を受けていただきます。
- 6 退院のご連絡  
(地域連携室) 紹介患者さんの退院後、豊橋市民病院地域連携室から「開放型病床退院報告書」(様式10)をFAXで送信いたします。  
(紹介患者さんには、担当医(豊橋市民病院での主治医)から診療情報提供書をお渡しします。)



## 開放型病床入院までの流れ

※ 受付時間：平日の午前8時30分～午後5時00分まで

入院が必要で、開放型病床の利用を希望する場合  
(開放型病床についての説明は、「開放型病床へ入院される患者さんへ」(別紙3)などにより、登録医の先生からお願いします。)

患者さんの同意

同意なし

【登録医】  
通常の入院依頼

同意あり

【登録医】

「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)を豊橋市民病院へFAX

【豊橋市民病院 地域連携室】

当該診療科医師と協議の上、入院の可否・入院日・入院病棟について決定

開放型病床の利用の可否

利用不可能

「入院予約検討結果連絡票」  
(様式7)

利用可能

【豊橋市民病院 地域連携室】

「入院予約票」(様式6)をFAXで回答

【登録医】

「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)

「入院予約票」(様式6)

「開放型病床入院同意書」(様式8)

「入院中の生活に必要なもの」(別紙4)を患者さんへ渡してください。

【患者さん】

・「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」(様式5)の原本

・「入院予約票」(様式6)

・「開放型病床入院同意書」(様式8)

・「入院中の生活に必要なもの」(別紙4)をご参考に、入院中必要となるもの  
以上をご用意の上、入院日当日、豊橋市民病院 8 番 救急外来・入院受付へ。

開放型病床へ入院

【豊橋市民病院 地域連携室】

紹介患者さんの退院後、「開放型病床退院報告書」(様式10)をFAXで送信

## 6. 共同診療・共同指導料

地域連携登録医は、患者さんの入院後、副主治医（地域連携登録医）として診療及び指導をしていただきます。

地域連携登録医には、概ね1回以上の訪問診療、指導をお願いします。病床訪問診療は、原則、午後1時～午後5時まで（土・日、祝日及び年末年始を除く）をお願いします。また、共同診療にあたっては、当院主治医との時間調整を行いますので、あらかじめご来院予定を地域連携室までご連絡いただき、共同診療日当日は、地域連携室へお越しください。地域連携室にて、地域連携登録医訪問記録簿にご記入後、白衣等を着用していただきます。白衣等は、共同診療後に地域連携室へお返しください。

診療、指導の結果、意見、主治医への連絡事項などは、必ず「共同診療録」（様式11）に記載し、地域連携室職員にご提示ください。写しを取らせていただき、ご返却いたします。

患者さんの退院については、当院主治医と副主治医（地域連携登録医）が協議の上で決定します。

### 診療報酬請求について

	開放型病院共同指導料（Ⅰ）		退院時共同指導料 1		
	地域連携登録医	診察時（1日1回）	350点	1 在宅療養支援診療所 （1入院1回）	医科
			1 在宅療養支援歯科 診療所（1入院1回）	歯科	600点
			2 上記以外の場合 （施設基準不要）	医科	600点
				歯科	300点
豊橋 市民病院	開放型病院共同指導料（Ⅱ）		退院時共同指導料 2		
	診察時（1日1回）	220点	1 入院1回		300点

\*上表のとおり入院中に共同指導を行った場合、「開放型病院共同指導料」及び「退院時共同指導料」が算定できますが、同一入院においては「開放型病院共同指導料」及び「退院時共同指導料」のいずれか一方のみ算定することができます。

退院時共同指導料は、在宅に退院する患者又は家族等退院後の看護にあたる者に対して、地域連携登録医と当院主治医又は当該医の指示を受けた看護師又は歯科衛生士等が共同して退院後の療養に必要な指導を行い、文書により情報提供（「退院時共同説明・指導書」（別紙5））を行い、診療録に要点を記載し、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付した場合に加算されます。

退院時共同指導料1・2は、入院1回に対して1回限り加算できます。



(様式5) 開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書

(様式5)  
平成 年 月 日

開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書			
紹介医療機関名			
登録医氏名	◎	登録医番号	TS
TEL	-	FAX	-

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		明治・大正 昭和・平成 年 月 日	男・女

豊橋市民病院受診歴 (有・無・不明)、有の場合 (患者ID番号 )

病名または主訴

今回、入院が必要な診療科 科・不明

入院目的 治療 診断・検査 その他

入院希望日  
第1希望:平成 年 月 日、第2希望:平成 年 月 日、希望日なし  
 現在までの治療経過・処方内容等

備考

※下記のFAX番号を確認後、送信してください。  
 ※個人情報取り扱いについては、慎重をお願いします。

送付先 豊橋市民病院 地域連携室  
 電話 0532-33-3013(直通)  
 FAX 0532-33-3037(専用)

(様式6) 入院予約票

(様式6)

## 入院予約票

平成 年 月 日

紹介医療機関 \_\_\_\_\_

登録医 \_\_\_\_\_ 先生侍史  
 ご紹介いただきました \_\_\_\_\_ 様の入院につきまして  
 予約を受付けましたので、この「入院予約票」と事前にお渡ししてあります  
 「入院中の生活に必要なもの」(別紙4)を患者さんにお渡しください。

診療科 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

入院予定日 平成 年 月 日 ( )  
 午前・午後 時 分

患者さんへ  
**【注意事項】**  
 ① 入院予定日に、この「入院予約票」と「開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書」、「開放型病床入院同意書」を持参してください。また、「入院中の生活に必要なもの」を参考に持ち物を準備し、入院予定時間までに、**B** 番救急外来・入院受付へお越しください。  
 ② ご都合により変更が生じた場合は、速やかに登録医(紹介元の先生)にご相談ください。  
 ③ やむをえない事情等により、入院予定日を変更される場合は、下記までご連絡ください。

**豊橋市民病院 地域連携室**  
 〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地  
 電話 0532-33-3013 FAX 0532-33-3037

(様式7) 入院予約検討結果連絡票

(様式7)

## 入院予約検討結果連絡票

平成 年 月 日

紹介医療機関 \_\_\_\_\_

登録医 \_\_\_\_\_ 先生侍史

ご紹介いただきました \_\_\_\_\_ 様の入院申込みにつきまして  
 しては、下記の理由により予約を受付けできませんので、お知らせいたします。

記

豊橋市民病院 地域連携室

〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地  
 電話 0532-33-3013 FAX 0532-33-3037

(様式8) 開放型病床入院同意書

(様式8)

## 開放型病床入院同意書

豊橋市民病院長 様

紹介医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医師名 \_\_\_\_\_

この度、私が入院するにあたり、登録医の先生から共同診療に対する説明を受け、  
 豊橋市民病院開放型病床を利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(患者氏名)  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ ◎  
 (代理人) \_\_\_\_\_ ◎





(別紙3) 開放型病床に入院される患者さんへ

(別紙3)

開放型病床に入院される患者さんへ

開放型病床とは、あなたのかかりつけ医の先生が、診療にあたって、「入院が必要」と判断した場合に、かかりつけ医の先生と豊橋市民病院の医師が、共同で診療にあたることができるシステムです。

このシステムをご利用いただけますと、入院中は、豊橋市民病院の医師とかかりつけ医の先生が主治医と副主治医になります。かかりつけ医の先生は、豊橋市民病院の開放型病床に向いて市民病院の医師と共同で、あなたの診療や指導にあたります。

2人の主治医が、同時に共同で診療することで、より安心な診療が受けられます。また、退院後は入院経過を熟知しているかかりつけ医の先生のもので、一貫した診療を継続して受けることができます。

お願い

あなたの入院中に、かかりつけ医の先生と豊橋市民病院の医師が共同で診療を行った場合は、かかりつけ医の先生の共同指導料をご負担していただくこととなります。



豊橋市民病院 病診連携室

(別紙4) 入院中の生活に必要なもの

(別紙4)

入院中の生活に必要なもの

入院治療に当たり、以下必要なものをご用意ください。

チェック	物 品 名	チェック	物 品 名
	印鑑		シャンプー
	健康保険証		水筒 (ポット)
	介護保険証 (お持ちの方のみ)		湯のみ
	各種公費医療証 (お持ちの方のみ)		箸
	限度額適用認定証 (認定を受けている方のみ)		スプーン
	服用中の薬		歯きん
	おくすり説明書・おくすり手帳		履き物
	寝衣 (パジャマ等)		防水シート (必要時)
	下着類		ボックスティッシュ
	洗面用具		くず入れ
	タオル		時計
	バスタオル		イヤホン
	石鹸		ハンガー等

※収納スペースが限られていますので、荷物は最小限をお願いします。  
 ※入院に直接必要ではない多額の現金、貴重品等はお持ちにならないでください。  
 ※紙おむつは、市販品の持ち込みもできますが、安心して快適な入院生活を送っていただくため、当院で用意する統一した製品の使用を推奨しております。なお、その場合のおむつ代は、入院費の請求時に併せて請求させていただきます。

(別紙5) 退院時共同説明・指導書

(別紙5)

退院時共同説明・指導書

平成 年 月 日

退院後の在宅医療に関して必要な医療・介護サービスについて関係者で検討した内容です。

患者氏名 様

【退院支援に関わるカンファレンス出席者】

○本人 姓

○家族 氏名 様 続柄

○退院後の在宅療養を担う医療機関

医療機関名

区 域 氏名

看護士 氏名

薬剤師 氏名

○訪問看護ステーション

事業者名

職種 氏名

職種 氏名

○在宅介護支援事業所

事業者名

氏 名

○豊橋市民病院

主治医氏名

病棟看護士氏名

理学療法士氏名

作業療法士氏名

言語療法士氏名

退院調整看護師氏名

医療ソーシャルワーカー氏名

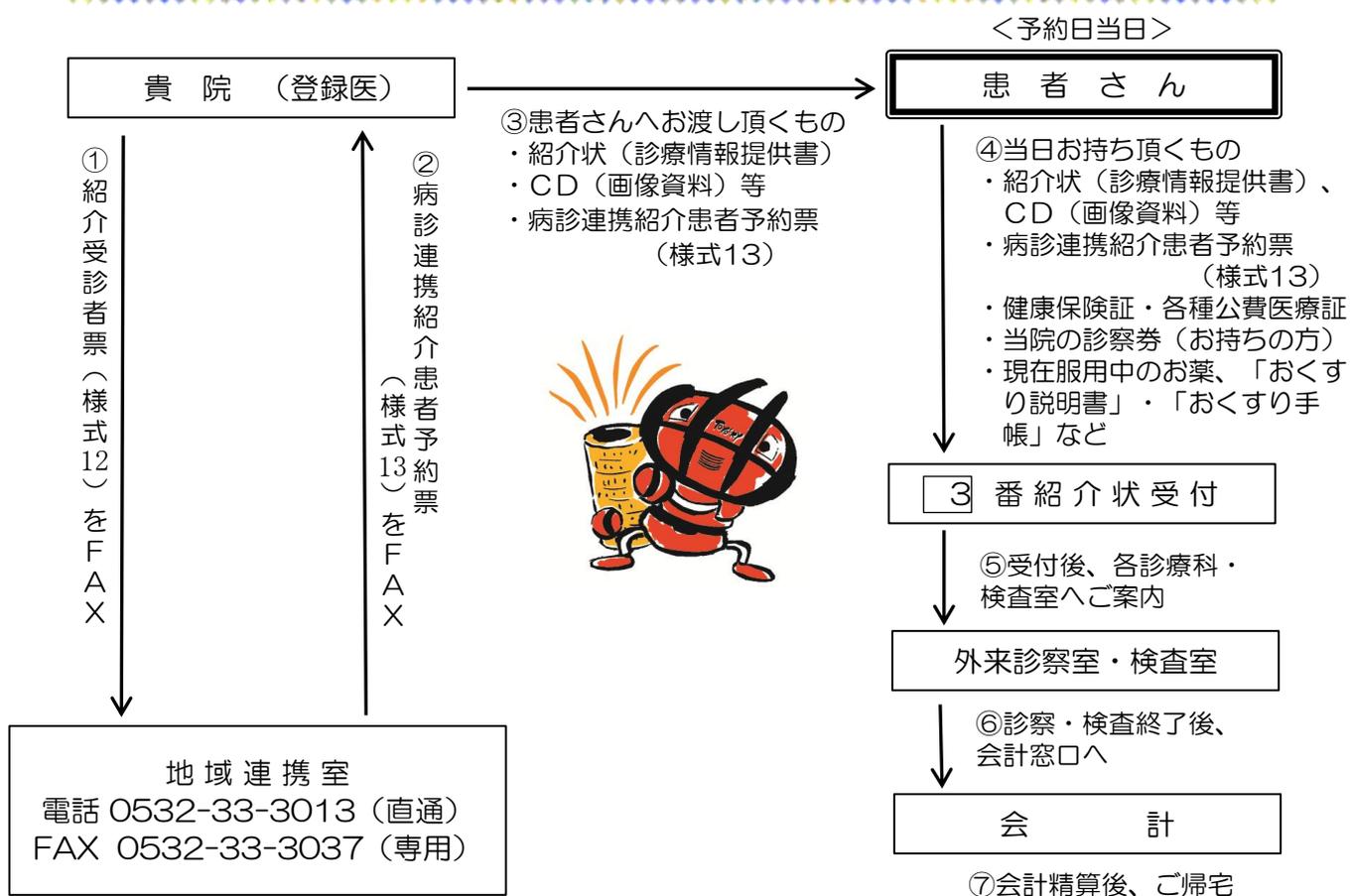
○その他

説明及び指導内容

【連絡先】 豊橋市民病院  
 電話 0532-33-6111 (代) 内線 \_\_\_\_\_



## 7. 検査等の利用



①「紹介受診者票」(様式12)をFAXで送信(FAX 0532-33-3037)してください。FAXで送信していただく前に、お電話にて予約時間を確認していただいても結構です。

②予約日・予約時間を調整した後、「病診連携紹介患者予約票」(様式13)をFAXで送信させていただきます。内容に不備などがある場合は、お手数ですがご連絡をお願いします。

③患者さんへ「紹介状(診療情報提供書)」と「病診連携紹介患者予約票」(様式13)をお渡しください。(CD(画像資料)等、添付資料があればそちらもお渡しください。)その際、予約日当日に持参していただくものについてのご説明をお願いします。検査のご予約の方は、事前の注意事項など良くご確認していただくようお願いいたします。

④予約日当日は、「紹介状(診療情報提供書)」、「病診連携紹介患者予約票」(様式13)、「健康保険証」、「診察券(豊橋市民病院を受診したことがある方のみ)」をお持ちになり、玄関ホール 3番紹介状受付窓口までお越しください。

⑤受付終了後、各診療科・検査室へご案内します。

⑥診察・検査終了後、会計窓口へ会計ファイルをお渡しください。計算終了後、電光掲示板にて精算可能のご案内をします。

⑦会計精算後、ご帰宅していただきます。なお、診察・検査結果等については、後日、地域連携登録医の先生あて報告させていただきます。

豊橋市民病院 地域連携室  
〒441-8570

豊橋市青竹町字八間西50番地  
電話 : 0532-33-3013(直通)  
FAX : 0532-33-3013(専用)

## 8. 診察・胃内視鏡検査の予約

### ＜診察依頼＞

診察・治療等を行います。  
結果のご報告、治療終了後の逆紹介  
も行います。

### ＜胃内視鏡検査依頼＞

胃内視鏡検査（胃カメラ）を行います。  
検査のみ行い、結果については後日、  
担当医師より報告します。

- 1 申込み  
(地域連携登録医) 必要事項を記入し、「紹介受診者票」(様式12)を地域  
連携室へFAXで送信してください。  
※診察依頼と胃内視鏡検査依頼の様式は同じです。

FAX 0532-33-3037 (地域連携室 専用)

平日の午前8時30分～午後5時00分まで

※ 上記の時間外に着信した場合は、翌日(休日明け)に対応します。

- 2 予約票の送信  
(地域連携室) 患者登録を行うとともに、診察・検査予約の日時を決定し、  
折り返し「病診連携紹介患者予約票」(様式13)をFAX  
で送信します。
- 3 患者さんへ  
(地域連携登録医) 地域連携室から送信された「病診連携紹介患者予約票」  
(様式13)等を患者さんへお渡しください。
- 4 診察・検査日当日  
(患者さん) 紹介患者さんは、診察・検査日当日、玄関ホール 3 番紹  
介状受付へお越しいただきます。

※当日、ご持参いただくもの

1. 紹介状(診療情報提供書)、CD(画像資料)等の資料
2. 「病診連携紹介患者予約票」(様式13)
3. 健康保険証・各種公費医療証
4. 当院の診察券(お持ちの方)
5. 現在服用中のお薬、「おくすり説明書」・「おくすり手帳」など

- 5 診察・検査終了 会計精算後、ご帰宅していただきます。  
なお、診察・検査結果等については、後日、地域連携登録  
医の先生あて報告させていただきます。



## 9. CT・MRI・RI・骨塩定量測定検査の予約

### <CT・MRI・RI・骨塩定量測定検査依頼>

CT・MRI・RI・骨塩定量測定検査を行います。

検査のみ行い、放射線科医師が読影を行います。結果は、後日、地域連携登録医の先生あてFAXにて報告いたします。

画像データは「CD-ROM」で患者さんにお渡ししますのでご確認ください。

- 1 申込み  
(地域連携登録医) 必要事項を記入し、「紹介受診者票」(様式12)・CT及びMRIの場合は、併せて「CT・MRI禁忌事項・注意事項チェックシート」(様式14)を地域連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037 (地域連携室 専用)

平日の午前8時30分～午後5時00分まで

※ 上記の時間外に着信した場合は、翌日(休日明け)に対応します。

- 2 予約票の送信  
(地域連携室) 患者登録を行うとともに、検査予約の日時を決定し、折り返し「病診連携紹介患者予約票」(様式13)をFAXで送信します。
- 3 患者さんへ  
(地域連携登録医) 地域連携室から送信された「病診連携紹介患者予約票」(様式13)等を患者さんへお渡しください。
- 4 検査日当日  
(患者さん) 紹介患者さんは、検査日当日、玄関ホール 3 番紹介状受付へお越しいただきます。

### ※当日、ご持参いただくもの

1. 紹介状(診療情報提供書)、CD(画像資料)等の資料
2. 「病診連携紹介患者予約票」(様式13)
3. 健康保険証・各種公費医療証
4. 当院の診察券(お持ちの方)

- 5 検査終了 会計精算後、ご帰宅していただきます。  
なお、検査結果は、後日、地域連携登録医の先生あてFAXにて報告させていただきます。検査の画像データ(CD-ROM)は、患者さんにお渡ししますのでご確認ください。



## 10. 頸動脈エコー・心臓エコー検査の予約

### <頸動脈エコー・心臓エコー検査依頼>

頸動脈エコー・心臓エコー検査を行います。

検査のみ行い、結果は、後日、当院医師のコメントを付して、画像データ（「CD-ROM」）とともに地域連携登録医の先生あて報告いたします。

- 1 申込み  
(地域連携登録医) 必要事項を記入し、「紹介受診者票」(様式12)を地域連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037 (地域連携室 専用)

平日の午前8時30分～午後5時00分まで

※ 上記の時間外に着信した場合は、翌日(休日明け)に対応します。

- 2 予約票の送信  
(地域連携室) 患者登録を行うとともに、検査予約の日時を決定し、折り返し「病診連携紹介患者予約票」(様式13)をFAXで送信します。
- 3 患者さんへ  
(地域連携登録医) 地域連携室から送信された「病診連携紹介患者予約票」(様式13)等を患者さんへお渡しください。
- 4 検査日当日  
(患者さん) 紹介患者さんは、検査日当日、玄関ホール<sup>3</sup>番紹介状受付へお越しいただけます。

※当日、ご持参いただくもの

1. 紹介状(診療情報提供書)、CD(画像資料)等の資料
2. 「病診連携紹介患者予約票」(様式13)
3. 健康保険証・各種公費医療証
4. 当院の診察券(お持ちの方)

- 5 検査終了 会計精算後、ご帰宅していただけます。  
なお、検査結果は、後日、地域連携登録医の先生あて報告させていただきます。



(様式12) 紹介受診者票

(様式12)

**紹介受診者票** (紹介医 → M.C.R) \*M.C.R FAX(0532)33-3037

豊橋市民病院 科 部中 平成 年 月 日

ア. 担当医  
 担当医 \_\_\_\_\_ 先生希望 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 担当医は病院の診療体制にゆだねる 医 師 名 \_\_\_\_\_

イ. 診察希望日  
 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日希望 電 話 \_\_\_\_\_  
 診察日は病院の診療体制にゆだねる F A X \_\_\_\_\_  
 できる限り早い日程を希望 (理由: \_\_\_\_\_) 登録状況  登録医である  登録医でない

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 TEL \_\_\_\_\_

当院受診歴  有 (I.D: \_\_\_\_\_) 年 月 頃 科  内  不明

1. 高度医療機器利用申し込み (登録医の記載欄)  
 CT  MRI  RI  CT  MRI  RI  
 心臓エコー  肺動脈エコー  部位記入欄【 \_\_\_\_\_ 】  
 胃内視鏡  半値定量測定  胃内視鏡

2. がん地域連携バス申し込み (登録医・非登録医共通)  
 定期乗診 理由:  発熱、白血球減少  下痢  腹痛  呼吸困難、操作  
 嘔吐発熱  全身状態悪化  その他( \_\_\_\_\_ )

3. 緩和ケア外来申し込み (登録医・非登録医共通)  
 身体的痛み  精神的痛み

4. 診断名 (強い)、症状、検査目的を簡単に記入ください (登録医・非登録医共通)  
 \_\_\_\_\_

5. 保険証等コピー添付欄 (登録医・非登録医共通) (添付しきれない場合は、別紙にて送付ください)

(登録医のみお答えください)  
 当院患者さんが入院となった場合は、開放型病床の利用を希望  する  しない  どちらでもよい

(様式13) 病診連携紹介患者予約票

(様式13)

病診連携紹介患者予約票

氏名 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

予約日時 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 分

診療科 \_\_\_\_\_

**当日は、正面右側の3番紹介状受付に本票をご提示ください。**  
 診察室は外来受付でご案内します。

**3番紹介状受付にご提示いただくもの**

- ・ 本票 (紹介患者予約票)
- ・ 健康保険証、各種公費医療証
- ・ 紹介状
- ・ CD (画像資料)

・ 内服薬、おくすり説明書、おくすり手帳

・ すでに豊橋市民病院の診察券がある方は、必ず診察券をご持参ください。  
 (旧病院の診察券の場合もご持参ください。)

※ CD(画像資料)をご持参される患者さまは、画像の閲覧準備に30分前後がかかりますので、予約時間よりお早めにお越しください。

※ この用紙をお受け取りの際は、氏名フリガナ・生年月日をご確認ください。  
 誤りがある場合は、紹介された医療機関までご連絡ください。

※ 患者さまからの直接の予約変更を行うことはできませんので、予約日に来院できない場合は、ご面談でも紹介された医療機関までご連絡ください。

※ 当日の診療状況によっては、診療時間が遅れる場合もございますので、ご承知ください。

豊橋市民病院

(様式14) CT・MRI禁忌事項・注意事項チェックシート

(様式14)

**CT・MRI 禁忌事項・注意事項チェックシート**

	造影の有無につき放射線科に一任	する
単純CT	妊娠(あり 週、なし)	
造影CT	ヨード造影剤アレルギー(あり、なし、使用歴なし) 気管支喘息(あり、なし)	
造影の有無につき一任する場合はこちらを問診し記入して下さい	妊娠(あり 週、なし) 腎不全(あり、なし) eGFR**( mL/min/1.73m <sup>2</sup> ) 直近の血清クレアチニン値( mg/dL 年 月 日)*** ビグアナイド系糖尿病薬の内服*	
単純MRI	心臓ペースメーカー、埋込型除動器、人工内耳など体内金属(あり、なし) 体内金属ありの場合MRI検査可能な種類であるか( )	
造影MRI	心臓ペースメーカー、埋込型除動器、人工内耳など体内金属(あり、なし) 金属ありの場合MRI検査可能な種類であるか( )	
造影の有無につき一任する場合はこちらを問診し記入して下さい	妊娠(あり 週、なし) ガドリニウム造影剤アレルギー(あり、なし、使用歴なし) 気管支喘息(あり、なし) 腎不全(あり、なし) eGFR**( mL/min/1.73m <sup>2</sup> ) 直近の血清クレアチニン値( mg/dL 年 月 日)***	

依頼される検査に対応した禁忌事項を問診してください。  
 造影の有無について当科に一任する場合はチェックシート上側の一任「する」に丸をつけてください。  
 その場合でもクレアチニン値を含めた造影検査の禁忌事項チェックは必要となります。

\*妊娠は避妊や利益・リスクのバランスなどによっては必ずしも禁忌ではありませんが、御注意願いたします。  
 \*\*年齢、性別、血清クレアチニン値を用いて、別表から計算してください。30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満は造影剤使用は原則禁忌です。  
 ヨード造影に関しては、eGFR45mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満は検査前後の輸液が推奨されており、疾患に対応した主科への紹介をお願いします。  
 \*\*\*採血の時期ですが、必ずしも1ヶ月以内等という訳ではなく、病状は安定していると主治医の先生が判断されるのであれば、半年前の採血結果でも結構です。  
 十、ビグアナイド系糖尿病薬内服中の場合は造影CT検査後48時間の休薬をご指導ください。

患者氏名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_  
 性別: 男 ・ 女 医師名: \_\_\_\_\_  
 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

\*紹介受診者票と一緒に地域連携室(MCR)へ送付願います。  
 豊橋市民病院 地域連携室  
 FAX 0532-33-3037(専用)



## 11. 施設の共同利用

### 1 医学情報室 (図書室)

医学情報室（図書室）のご利用が可能です。

ただし、図書の貸出はできませんのでご了承ください。

利用時間内であれば、医学情報室内でご自由に閲覧いただけます。

利用場所：診療棟3階

利用時間：午前10時～午後5時（土・日・祝日・年末年始を除く）

利用申込：地域連携室までご連絡ください。（電話 0532 - 33 - 3013（直通））

### 2 研究室

研究室のご利用が可能です。

※電子カルテ等の設備があります。また、閲覧も可能です。

（閲覧にあたっては、「豊橋市民病院総合情報システム閲覧申請書」（様式3）、「誓約書」（様式4）をご提出ください。）

利用場所：患者総合支援センター内

利用時間：午前10時～午後5時（土・日・祝日・年末年始を除く）

利用申込：地域連携室までご連絡ください。（電話 0532 - 33 - 3013（直通））

## 12. 研修会等のご案内

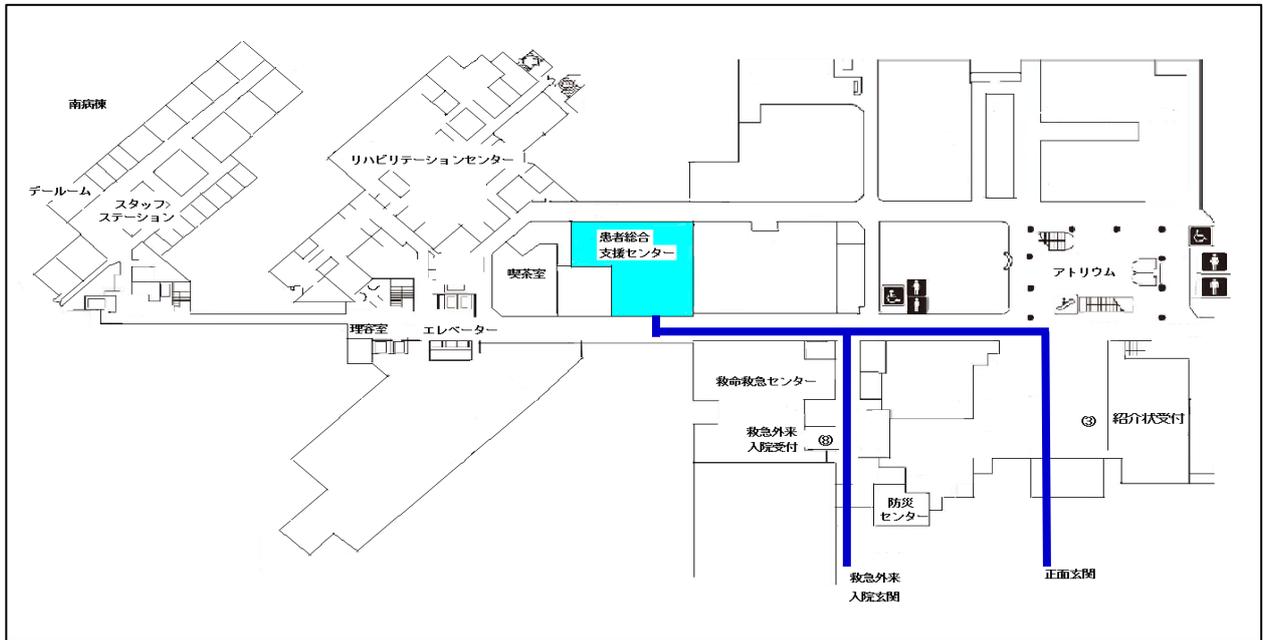
地域連携室より、各種研修会や症例検討会などの開催をご案内させていただきます。

参加申込み等についても、地域連携室にて承ります。

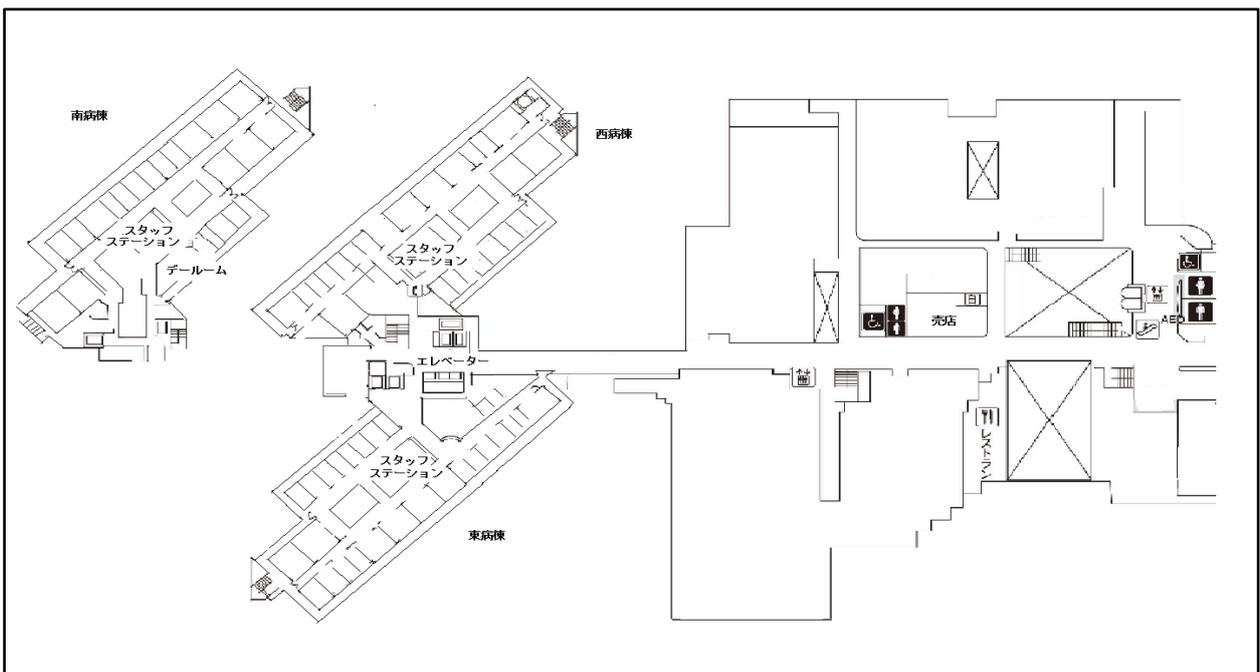


# ＜地域連携室案内図＞

## 1 階



## 2 階



# 豊橋市民病院

地域連携室 業務時間

月～金 午前8時30分～午後5時00分

土・日・祝日・年末年始を除く

【電 話】0532-33-3013 (直通)

【FAX】0532-33-3037 (専用)

