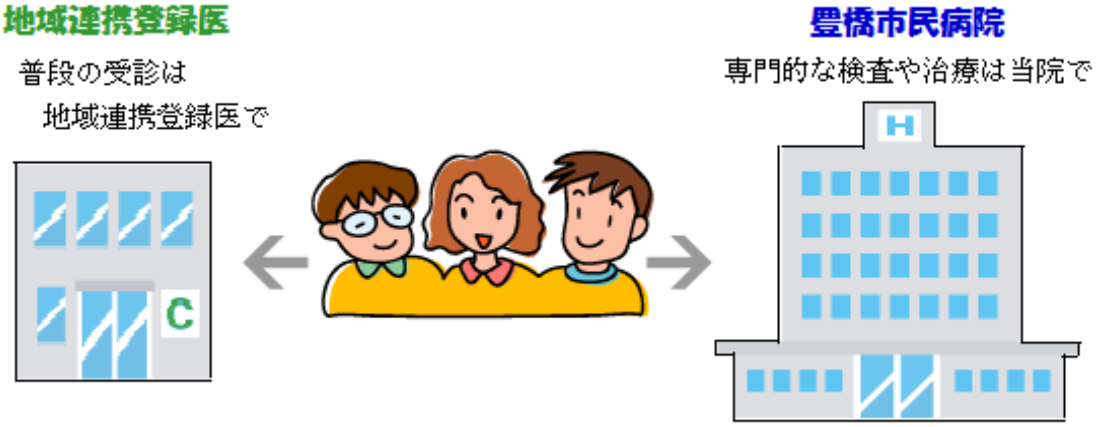
平成29年度版

ご案内

～ 登録医の皆さまへ ～



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 …… Ｐ１

２．ご利用いただける施設・設備等 …… Ｐ１

３．登録の手続き …… Ｐ２

４．開放型病床の利用 …… Ｐ５

５．開放型病床の入院手順 …… Ｐ６

６．共同診療・共同指導料 …… Ｐ８

７．検査等の利用 …… Ｐ12

８．診察・胃内視鏡検査の予約 …… Ｐ13

９．　ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴ-ＣＴ・ＲＩ・骨塩定量測定検査の予約 …… Ｐ14

10．頸動脈エコー・心臓エコー検査の予約 …… Ｐ15

11．施設の共同利用 …… Ｐ17

12．研修会等のご案内 …… Ｐ17

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・ＰＥＴ-ＣＴ・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	必ずご記載ください
登録医氏名	フリガナ	必ずご記載ください
医療機関名	フリガナ	変更箇所のみご記載ください
医療機関所在地	〒　　―	変更箇所のみご記載ください
電話番号		変更箇所のみご記載ください
FAX番号		変更箇所のみご記載ください
e-mail		変更箇所のみご記載ください
診療科目		変更箇所のみご記載ください
休診日		変更箇所のみご記載ください
所属会	医師会　・　歯科医師会	変更箇所のみご記載ください

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】

１．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。

２．個人情報及び個人情報が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。

３．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

１　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。

２　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。

３　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。

４　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。

５　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

○○○○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　○○　○○

（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

○○○○病院

医師　豊 橋（トヨハシ）　太 郎（タロウ）

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。

〇入院の可否は、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。

〇開放型病床入院中の治療上の責任は、当院が負います。

〇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。

〇地域連携登録医は、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。

〇地域連携登録医は、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。）

〇診療報酬の請求は、双方にて行います。（8ページ参照）

〇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伝えください。

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 → 【登録医】通常の入院依頼
「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）にお願いします。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。写しを取らさせていただき、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

<table>
<tr><td rowspan="5">地域連携登録医</td><td colspan="2">開放型病院共同指導料（Ⅰ）</td><td colspan="3">退院時共同指導料１</td></tr>
<tr><td rowspan="4">診察時（１日１回）</td><td rowspan="4">350点</td><td>１在宅療養支援診療所（１入院１回）</td><td>医科</td><td>1,500点</td></tr>
<tr><td>１在宅療養支援歯科診療所(１入院１回)</td><td>歯科</td><td>900点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">２上記以外の場合（施設基準不要）</td><td>医科</td><td>900点</td></tr>
<tr><td>歯科</td><td>500点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">豊橋市民病院</td><td colspan="2">開放型病院共同指導料（Ⅱ）</td><td colspan="3">退院時共同指導料２</td></tr>
<tr><td>診察時（１日１回）</td><td>220点</td><td colspan="2">１入院１回</td><td>400点</td></tr>
</table>

＊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。
※個人情報の取り扱いについては、慎重にお願いします。

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しましたので、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、8 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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（様式９）開放型病床入院報告書

（様式９）

開放型病床入院報告書

平成　　年　　月　　日

紹介医療機関

登　録　医　　先生（登録医番号　TS　　）

このたび、開放型病床への申し込みをいただき、ありがとうございました。
先生からご紹介いただきました患者さまが、下記のとおり入院されましたので、ご連絡いたします。

紹介患者氏名　　様
入　院　日　　平成　　年　　月　　日（　　）
病　　棟　　病棟　　号室
主　治　医　　科　　医師

共同診療にお越しになる際には、地域連携室までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

登録医の先生へ（以下をご確認下さい）
・患者さんが入院中、副主治医として診療に参加してください。
・概ね１回以上の病床訪問による診療、指導を行うようお願いします。
・病床訪問診療の際は、事前に地域連携室にご連絡ください。来院されましたら、地域連携室で白衣に着替え、地域連携登録医証を携帯してください。なお、白衣は地域連携室で用意しています。
・診療所見及び指導内容、主治医等への連絡事項等を必ず共同診療録に記載してください。

その他詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

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（直通）
FAX　0532-33-3037（専用）

（様式１０）開放型病床退院報告書

（様式１０）

開放型病床退院報告書

平成　　年　　月　　日

紹介医療機関

登　録　医　　先生（登録医番号　TS　　）

このたび、先生からご紹介いただき開放型病床に入院された患者さまが、下記のとおり退院されましたので、ご連絡いたします。

紹介患者氏名　　様

退　院　日　　平成　　年　　月　　日（　　）

その他詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

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（直通）
FAX　0532-33-3037（専用）

（様式１１）共同診療録

（様式１１）

共　同　診　療　録

豊橋市民病院

紹介元医療機関名			
連携登録医名		連携登録医番号	
TEL	FAX	緊急時	

診療科　　科	病棟	訪問日時	平成　年　月　日
主治医	階　　号室		午前・午後　時　分

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		明治・大正 昭和・平成　年　月　日	男・女
患者 ID 番号			

本日の診療・指導等	□共同診療・指導　□退院時指導
診療所見及び指導内容	
連絡事項	

（様式１１－２）共同診療録２号

（様式 11－２）

（共　同　診　療　録　２号）

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
患者 ID 番号			

本日の診療・指導等	□共同診療・指導　□退院時指導
診療所見及び指導内容	
連絡事項	

（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きますと、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出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とで、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になります。

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		ふきん
	おくすり説明書・おくすり手帳		履き物
	寝衣（パジャマ等）		防水シーツ（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、荷物は最小限でお願いします。
※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、安心で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】

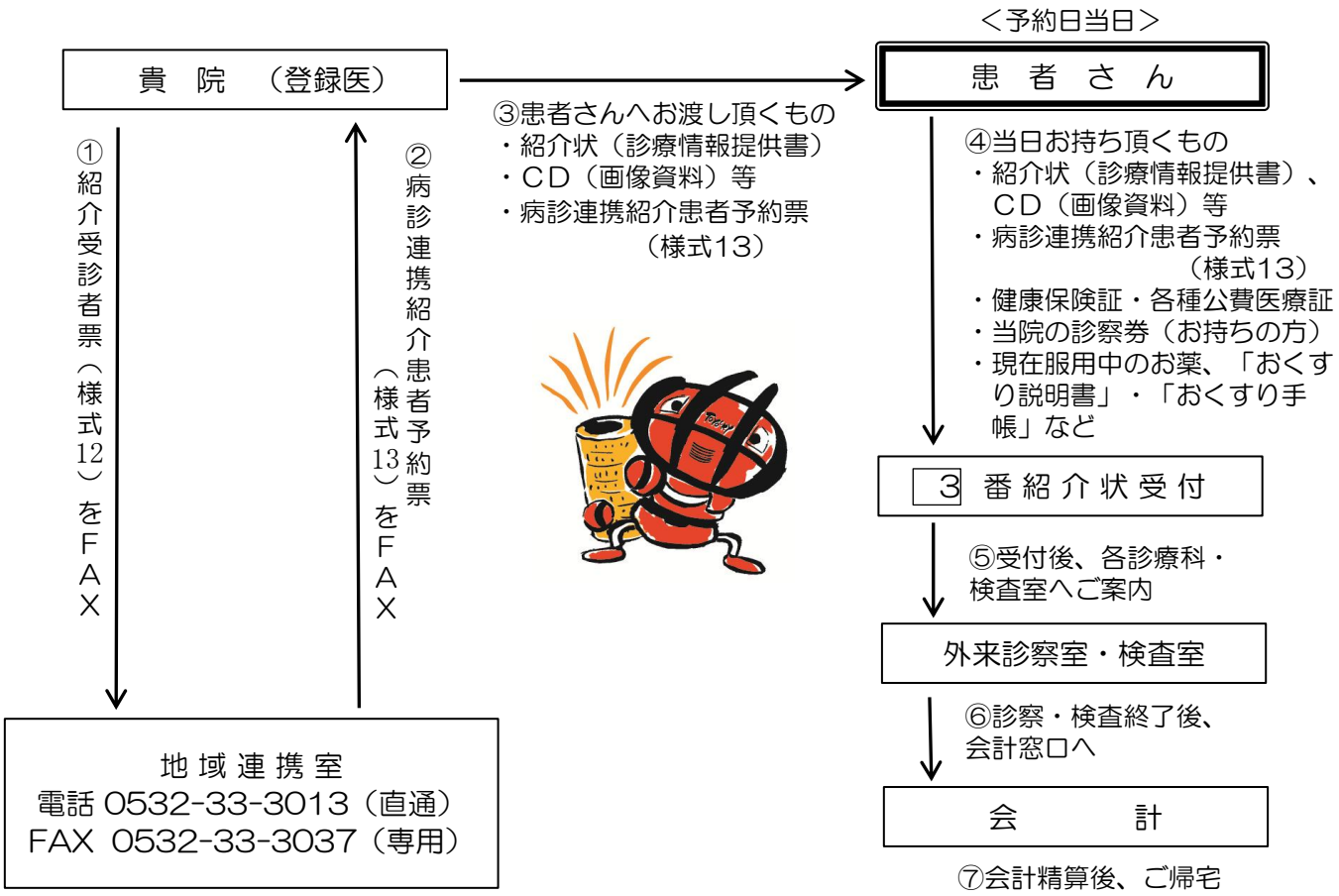
○本人　　様
○家族　氏名　　様　　続柄
○退院後の在宅療養を担う医療機関
　医療機関名
　医　師　　氏名
　看護師　　氏名
　薬剤師　　氏名
○訪問看護ステーション
　事業者名
　職種　　氏名
　職種　　氏名
○居宅介護支援事業所
　事業者名
　氏　　名

○豊橋市民病院
　主 治 医 氏 名
　病棟看護師氏名
　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　：　0532－33－3037(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７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・PET-CT・RI・骨塩定量測定検査の予約

＜ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴ-ＣＴ・ＲＩ・骨塩定量測定検査依頼＞

ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴ-ＣＴ・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宛に報告いたします。

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）・CT・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、PET-CTの場合は、併せて「PET-CT検査依頼書（悪性腫瘍）」又は「PET-CT検査依頼書（心サルコイドーシス）」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７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 $\boxed{3}$ 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）
2. PET－CT依頼書（PET検査の場合）
3. CD（画像資料）等の資料
4. 「病診連携紹介患者予約票」（様式13）
5. 健康保険証・各種公費医療証
6. 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に報告させていただきます。

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 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　　　　平成　年　月　日

＿＿＿＿＿＿科　御中

ア. 担当医
□担当医 ＿＿＿＿＿＿ 先生希望
□担当医は病院の診療体制にゆだねる

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿
医師名 ＿＿＿＿＿＿
電話 ― ―
FAX ― ―
登録の状況 □登録医である □登録医でない

イ. 診察希望日
□ ＿＿ 月 ＿＿ 日希望
□診察日は病院の診療体制にゆだねる
□できる限り早い日程を希望（理由： ＿＿＿＿ ）

フリガナ		男 女	住所	
氏名				
生年月日	M・T・S・H ＿ 年 ＿ 月 ＿ 日		TEL	＿ ― ＿ ― ＿

当院受診歴・□有(ID: ＿＿＿＿) ＿ 年 ＿ 月頃 ＿＿ 科 ・□無 ・□不明

1. 高度医療機器共同利用申し込み
(登録医の記載欄)
□CT □MRI □RI
□心臓エコー □頸動脈エコー □PET−CT
★部位記入欄【 】
□胃内視鏡 □骨塩定量測定

(非登録医の記載欄)
□CT □MRI □RI
□PET−CT
★部位記入欄【 】
□胃内視鏡

2. がん地域連携パス申し込み（登録医・非登録医共通）
□定期受診
□臨時受診　理由：□発熱、白血球減少 □下痢 □腹痛 □呼吸困難、発作
□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（疑い）、症状、検査目的を簡単にご記入ください（登録医・非登録医共通）

5. 保険証等コピー貼付欄（登録医・非登録医共通）（貼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）
※本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）

＿＿＿＿＿＿＿＿ 御中

［患者用］

病診連携紹介患者予約票

フリガナ
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　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）
- 内服薬、おくすり説明書、おくすり手帳
- 健康保険証、各種公費医療証
- CD（画像資料）
- 紹介状
- 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、ご面倒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

CT･MRI 禁忌事項･注意事項チェックシート　　平成29年7月改訂

	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 (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)	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) 妊娠*(あり　週、なし) 腎不全(あり、なし) eGFR**(　　mL/min/1.73m^2) 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、埋込型除細動器、人工内耳など体内金属(あり、なし) MRI可能な心臓ペースメーカー***、体内金属がある場合、その詳細を記載ください (　　　　　　　　) 妊娠*(あり　週、なし)	
造影MRI (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)	心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳など体内金属(あり、なし) MRI可能な心臓ペースメーカー***、体内金属がある場合、その詳細を記載ください (　　　　　　　　) 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^2) 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、ご記載ください。
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欄の禁忌事項チェックは必要となります。

*:妊娠は週数や利益･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、御注意お願いいたします。
**: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^{2}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^{2}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いたします。
***:メドトロニック社製または、St.Jude Medical社製のMRI対応ペースメーカが留置されている場合、弧内にメーカー名の記載をお願いいたします。併せてペースメーカ手帳の機種とリードの種類が分かるページをFAXしてください。
その他のメーカーのペースメーカが留置されている患者様の検査はお受けしかねます。
****: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。
+: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））

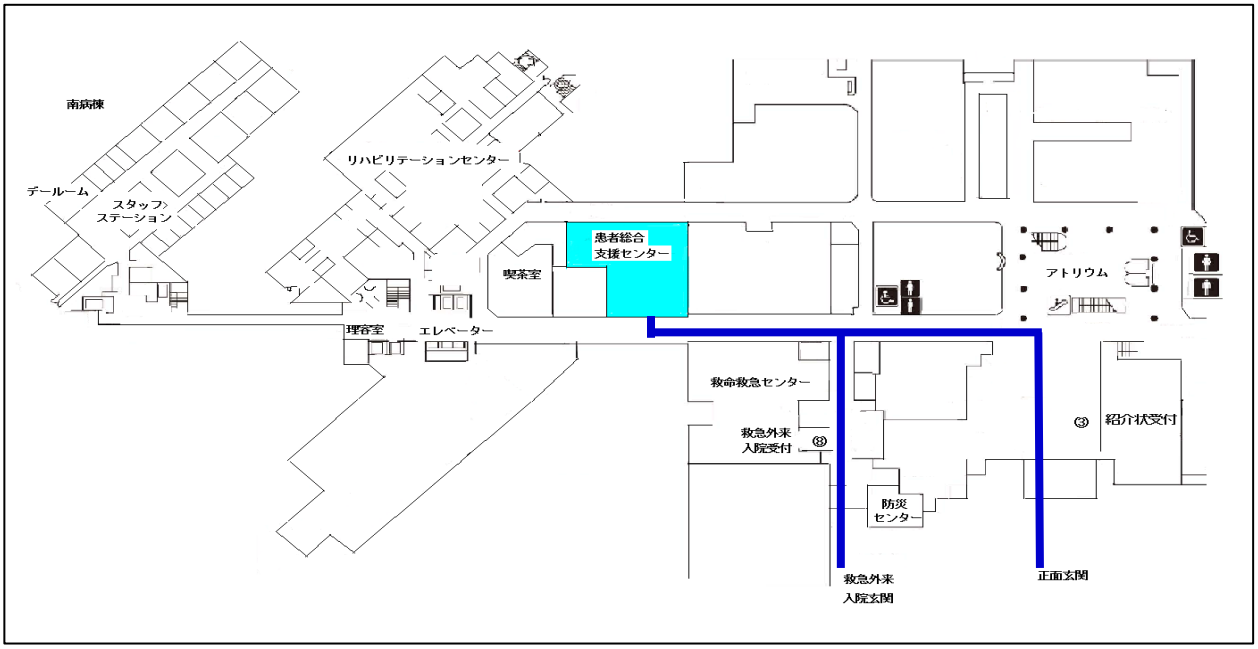
12．研修会等のご案内

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。

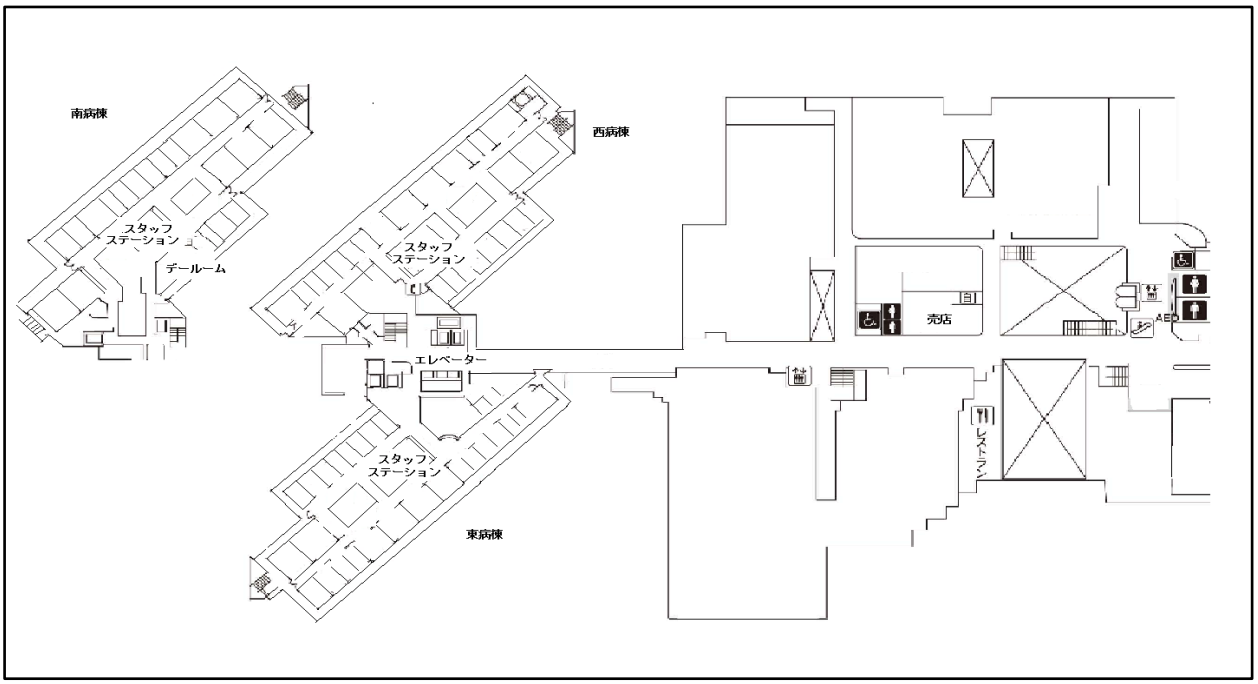
＜地域連携室案内図＞

１ 階



病棟 ⇦ ⇨ **診療棟**

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）

ええじゃないか発祥の地
とよはし