

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

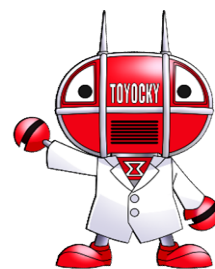
1. 豊橋市民病院地域連携登録医について	P 1
2. ご利用いただける施設・設備等	P 1
3. 登録の手続き	P 2
4. 開放型病床の利用	P 5
5. 開放型病床の入院手順	P 6
6. 共同診療・共同指導料	P 8
7. 検査等の利用	P 12
8. 診察・胃内視鏡検査の予約	P 13
9. CT・MRI検査の予約	P 14
10. PET-CT・RI・骨塩定量測定検査の予約	P 15
11. 頸動脈エコー・心臓エコー検査の予約	P 16
12. 脳波検査の予約	P 18
13. 施設の共同利用	P 19
14. 研修会等のご案内	P 19
15. 文献複写サービスについて	P 20
16. 地域医療連携システム「メディマップ」について	P 22



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。



© toyohashicity.toyocky

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・脳波】
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**病診連携室**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。
- 5 文献複写サービス 医学情報室（図書室）において、所蔵されている文献の複写サービスを行います。また当院にない文献につきましても代行で他施設よりお取り寄せいたします。（こちらは有料となります。）
所定の申込用紙に必要事項を記入し、**病診連携室**へお申込みください。
- 6 登録医の紹介 当院入院支援センター受付横に設置したデジタルサイネージ（大型モニター）による登録医医療機関の紹介やタッチパネルによる検索システム。また当院ホームページ上でも、同様に情報を提供します。掲載する画像や紹介・PR文については、貴院オリジナルのものも掲載可能です。



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：病診連携室）

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

年 月 日

豊橋市民病院 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	〒 ー
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 患者総合支援センター
 電話 0532 - 33 - 6111(代) (地域連携担当)
 FAX 0532 - 33 - 3037 (病診連携室)

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

年 月 日

豊橋市民病院 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	〒 ー
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

必ずご記載ください
 変更箇所のみご記載ください

豊橋市民病院 患者総合支援センター
 電話 0532 - 33 - 6111(代) (地域連携担当)
 FAX 0532 - 33 - 3037 (病診連携室)

(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

年 月 日

豊橋市民病院 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。
- 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 患者総合支援センター
 電話 0532 - 33 - 6111(代) (地域連携担当)
 FAX 0532 - 33 - 3037 (病診連携室)

(様式4) 誓約書

(様式4)

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。

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。

令和 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、病診連携室までFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037(病診連携室 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
(地域連携担当) 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
(地域連携担当) 紹介患者さんの入院手続き終了後、担当より「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
(地域連携担当) 紹介患者さんの退院後、担当より「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 患者総合支援センター 地域連携担当】

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 患者総合支援センター 地域連携担当】

「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 患者総合支援センター 地域連携担当】

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患者総合支援センター・地域連携担当へご連絡いただき、共同診療日当日は、患者総合支援センターへお越しください。そちらで地域連携登録医訪問記録簿に必要事項をご記入後、白衣等を着用していただきます。白衣等は、共同診療後に患者総合支援センターへお返しください。

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、地域連携担当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

地域連携 登録医	開放型病院共同指導料（Ⅰ）		退院時共同指導料 1		
	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	1,500点
			1 在宅療養支援歯科 診療所(1入院1回)	歯科	900点
			2 上記以外の場合 （施設基準不要）	医科	900点
	歯科	500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		400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)
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	姓	登録医番号	TS
T E L	— —	F A X	— —
フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		大正・昭和 平成・令和 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： 年 月 日、 ☐ 第2希望： 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 患者総合支援センター
電話 0532-33-6111F0（地域連携担当）
FAX 0532-33-3037（病診連携室）

(様式6) 入院予約票

(様式6)
年 月 日

入 院 予 約 票

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 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、☒ 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 患者総合支援センター

〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地
電話 0532-33-6111F0（地域連携担当）
FAX 0532-33-3037（病診連携室）

(様式7) 入院予約検討結果連絡票

(様式7)
年 月 日

入院予約検討結果連絡票

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け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 患者総合支援センター

〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地
電話 0532-33-6111F0（地域連携担当）
FAX 0532-33-3037（病診連携室）

(様式8) 開放型病床入院同意書

(様式8)
年 月 日

開放型病床入院同意書

豊橋市民病院 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。

(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

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す。
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 _____ 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、患者総合支援センター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いたします。
- ・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。

豊橋市市民病院 患者総合支援センター
〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地
電話 0532-33-61119 (地域連携担当)
FAX 0532-33-3037 (病診連携室)

(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

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 _____ 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。

豊橋市市民病院 患者総合支援センター
〒441-8570 愛知県豊橋市青竹町字八間西 50 番地
電話 0532-33-61119 (地域連携担当)
FAX 0532-33-3037 (病診連携室)

(様式 11) 共同診療録

(様式 11)

共 同 診 療 録

豊橋市市民病院

紹介医療機関名			
登録医氏名		登録医番号	TS
TEL	— —	FAX	— —

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

フリガナ		生年月日	性別
患 者 氏 名		大正・昭和・平成・令和 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		大正・昭和・平成・令和 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
患者総合支援センター



（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

年 月 日

退院後の在宅医療に關して必要な医療・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 _____

M S W 氏 名 _____

薬剤師氏名 _____

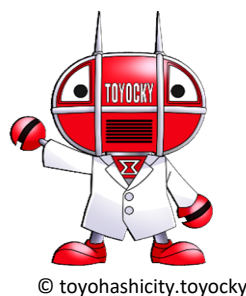
管理栄養士氏名 _____

臨床工学士氏名 _____

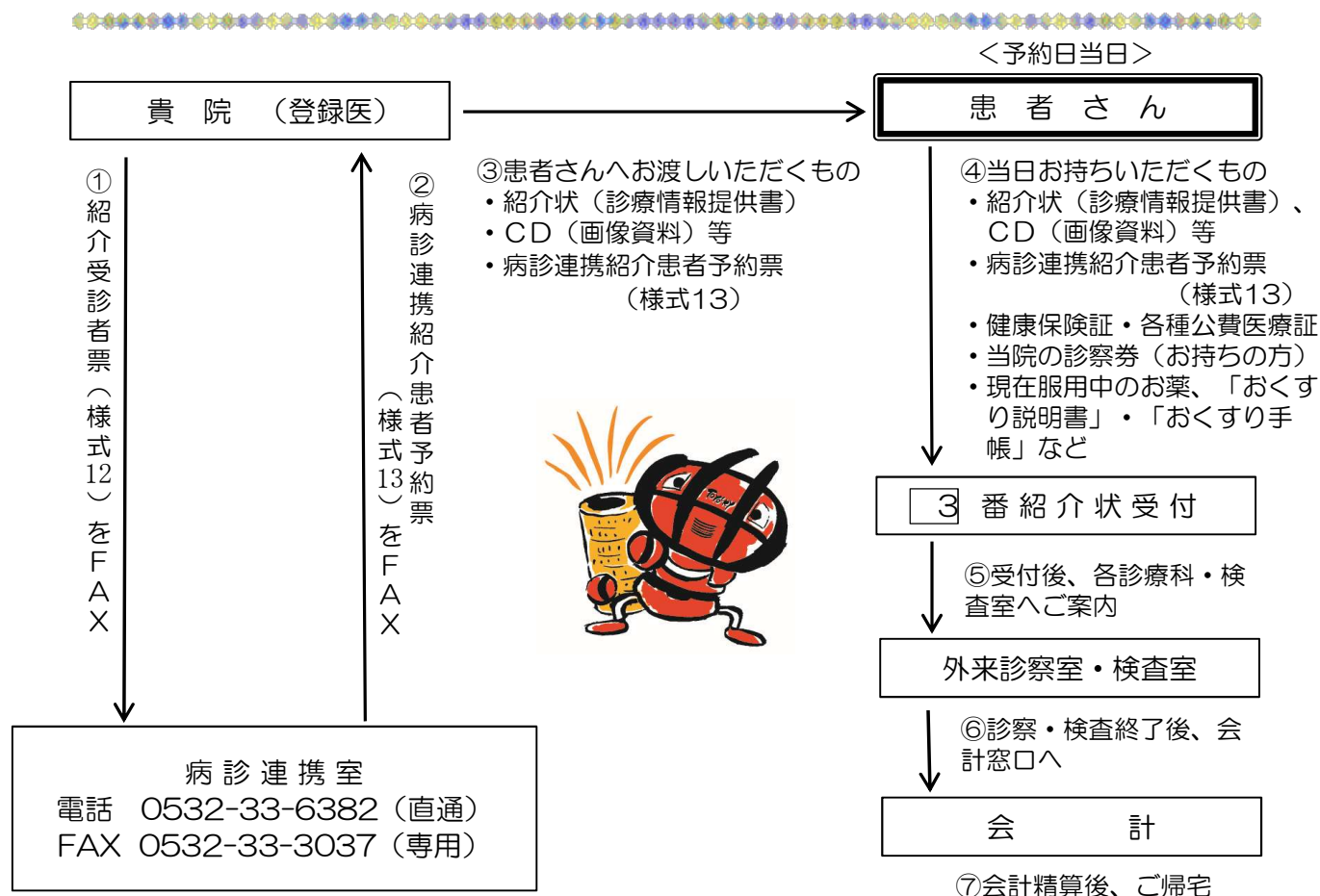
☐ その他 _____

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

豊橋市民病院 病診連携室

〒441-8570

豊橋市青竹町字八間西50番地

電話 : 0532-33-6382(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)を病診
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 (病診連携室 専用)

平日の午前8時30分～午後7時00分まで
(胃内視鏡検査依頼は午後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
(病診連携室) 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) 病診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検査の予約

<CT・MRI検査依頼>

CT・MRI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)とCT・MRI禁忌事項・注意事項チェックシート」(様式14)を病診連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037 (病診連携室 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
(病診連携室) 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) 病診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)
2. CD(画像資料)等の資料
3. 「病診連携紹介患者予約票」(様式13)
4. 健康保険証・各種公費医療証
5. 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. PET-CT・RI・骨塩定量測定検査の予約

＜PET-CT・RI・骨塩定量測定検査依頼＞

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)・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)」又は「PET-CT検査依頼書(脳アミロイド)」を病診連携室へFAXで送信してください。

※PET-CTの申込みに限り、電話で患者情報をお伝えいただければ、その時に検査日時を決めることも可能です。その場合、紹介受診者票等の書類は検査予約日の3日前までに病診連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037 (病診連携室 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
(病診連携室) 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) 病診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)
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。



11. 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）を病診連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037（病診連携室 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
(病診連携室) 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) 病診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。



12. 脳波検査の予約

＜脳波検査依頼＞

脳波検査を行います。

検査のみ行い、結果は、後日、検査結果データ（「DVD」）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）を病診連携室へFAXで送信してください。

FAX 0532-33-3037（病診連携室 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
（病診連携室） 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） 病診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

豊橋市民病院 科 胸中

紹介医 → M.C.R. *M.C.R FAX (0532) 33-3037

令和 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

イ. 診察希望日
☐ 月 _____ 日 希望 F A X _____

☐ 診察日は病院の診療体制にゆだねる 登録の状況 ☐ 登録医である ☐ 登録医でない

☐ できる限り早い日程を希望 (理由: _____)

氏名 _____ 性別 ☐ 男 ☐ 女 住所 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 TEL _____

保険 保険者番号 _____ 公費 公費種別 _____

実 記 号 _____ 公費 公費負担番号 _____

格 番号 _____ 公費 公費負担番号 _____

区分 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 負担割合 _____ 期 受給者番号 _____

当院受診歴: ☐ 有 (ID: _____) ☐ 無 ☐ 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 ☐ 脳動脈エコー	☐ PET-CT
*部位記入欄 [_____]	
☐ 胃内視鏡 ☐ 骨密度測定 ☐ 脳波	☐ 胃内視鏡 ☐ 脳波

(非登録医の記載欄)

☐ CT ☐ MRI ☐ RI

☐ PET-CT

*部位記入欄 [_____]

☐ 胃内視鏡 ☐ 脳波

2. 診断名 (疑い)、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)

※ 地域連携バス連携中の患者である ☐ はい ☐ 連携バスの種類 (_____)

(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)

作成日 _____ 年 月 日

御中

※ 診療情報提供書及び画像CDの事前送付にご協力をお願いします。以下を、真院でチェックをお願いします。

(1) 診療情報提供書	(2) 画像CD 送付の必要性 (あり・なし)
☐ 予約当日前に原本を送送済み	☐ 予約当日前に郵送済
☐ 予約当日前に原本を豊橋市民病院臨床センターへ郵送済	☐ 予約当日前に豊橋市民病院臨床センターへ郵送済
☐ 予約当日に本人が持参	☐ 予約当日に本人が持参
☐ 無し	☐ 無し

◎ 予約票を患者さまにお渡しください。

病診連携紹介患者予約票

【患者用】

フリガナ _____ ID _____

氏 名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日

診療科 _____

予約日時 _____ 年 月 日 () 診察 _____ 時 分

(来院時間)

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。

当日ご持参いただくもの

- ・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
- ・マイナ保険証等保険資格が確認できるもの、各種公費医療証
- ・紹介状
- ・CD (画像資料)

(旧病院の診察券の場合も持参ください)

※ 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分以上がかかりますので、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。

※ 顔写真がある場合は、紹介元の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、ご面談でも紹介元の医療機関までご連絡ください。

※ 当日の診療状況により、待ち時間が長くなる場合がございます。お時間に余裕を持ってお越しください。

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

◎ 依頼される検査の ☐ にチェックを入れてください

◎ 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。

☐ 単純CT	妊娠 ^{*1} (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) 妊娠 ^{*1} (あり 週・なし) 腎不全 (あり・なし) eGFR ^{*2} (_____ mL/min/1.73m ²) 直近の血清クレアチニン値 (_____ mg/dL 年 月 日) ^{*3} ビグアナイド系糖尿病薬の内服 ^{*4} (あり・なし)
☐ 単純MRI	心臓ペースメーカ、埋込型除細動器、人工内耳など体内金属 ^{*5} (あり・なし) MRI対応心臓植込み型電気的デバイス ^{*6} (CIEDs) や、体内金属がある場合、その詳細をご記載ください
☐ 造影MRI	妊娠 ^{*1} (あり 週・なし) 心臓ペースメーカ、埋込型除細動器、人工内耳など体内金属 ^{*5} (あり・なし) MRI対応心臓植込み型電気的デバイス ^{*6} (CIEDs) や、体内金属がある場合、その詳細をご記載ください
	妊娠 ^{*1} (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 ^{*2} (_____ mL/min/1.73m ²) 直近の血清クレアチニン値 (_____ mg/dL 年 月 日) ^{*3}

^{*1} 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、御注意をお願いします。

^{*2} 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/1.73m²未満のヨード造影剤投与は、検査前後の輸液が推奨されており、疾患に対応した薬剤への紹介をお願いします。30mL/min/1.73m²未満では、腎性全身性神経症を 予防するため可能な限りガドリニウム造影剤の使用を避けることが求められています。

^{*3} 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こと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。

^{*4} 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。

^{*5} MRI検査で注意が必要な器具については、当院HP内の病診連携・各種書類にある「MRI金属確認リスト・病診連携」を参照ください。必要に応じて検査予約前に医療機関へ確認したり、予約取り外し・断念をお願いします。

^{*6} Medtronic社、ABBOTT社 (旧St.Jude Medical社)、BIOTRONIK社、Boston社、Microport社製の製品が対応可能です。対象機種が留置されている場合、装置内にメーカー名の記載とペースメーカ手帳の機種とリードの機種が分かるページのFAXをお願いします。

※ CIEDs: Cardiac Implantable Electronic Devices、心臓植込み型電気的デバイスと和訳され、ペースメーカ、除細動器、両室ペースメーカなどの総称です。

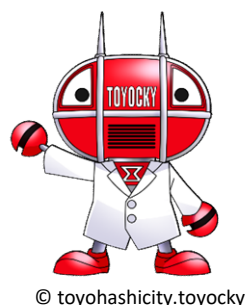
患者氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

性 別: _____ 男 ・ 女 医療機関名: _____

医 師 名: _____

* 紹介受診者票と一緒に病診連携票へ送付願います。

豊橋市民病院 病診連携室
 FAX: 0532-33-3037 (専用)
 2026.7.1 改



13. 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：病診連携室までご連絡ください。（電話 0532 - 33 - 6382（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：病診連携室までご連絡ください。（電話 0532 - 33 - 6382（直通））

14. 研修会等のご案内



病診連携室より、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、病診連携室にて承ります。



15. 文献複写サービス



地域連携登録医（医師、歯科医師）の先生方に対し、当院の医学情報室に所蔵されている文献の複写サービスを行います。（当院にない文献についても代行で取り寄せいたします。）

ご希望の方は、下記要領にてお申込みいただきますようお願いいたします。

<複写サービス利用方法>

1. 所定の申込用紙（様式1）に必要事項を記入し、病診連携室あてFAXにてお申し込みください。
2. 申し込みをいただいてから概ね1週間程度でお届けしますが、取り寄せが必要な場合など、文献によってはお時間をいただくことがあります。
3. 準備ができ次第、紙媒体を郵送でお届けします。（FAXやPDFファイルでのお届けはできません。）
4. 複写について、当院は白黒印刷のみで、カラー印刷には対応しておりません。カラー印刷をご希望の場合は、他施設へ依頼します（有料）。
5. 複写可能な文献
電子ジャーナルは契約上、当院職員以外の利用を禁止しているものがございます。その場合は自動的に他施設に依頼します（有料）。
6. 複写代金
当院所蔵の場合は、無料です。他施設へ依頼した文献は、依頼先の設定金額に依ります。（※1件あたり500円～）
7. 複写代金のお支払方法
振込用紙を複写した文献に同封しますので、そちらの用紙を使って到着後1か月以内にお支払ください。
（振込にかかる手数料については、各自でご負担ください。）

【申し込み先】

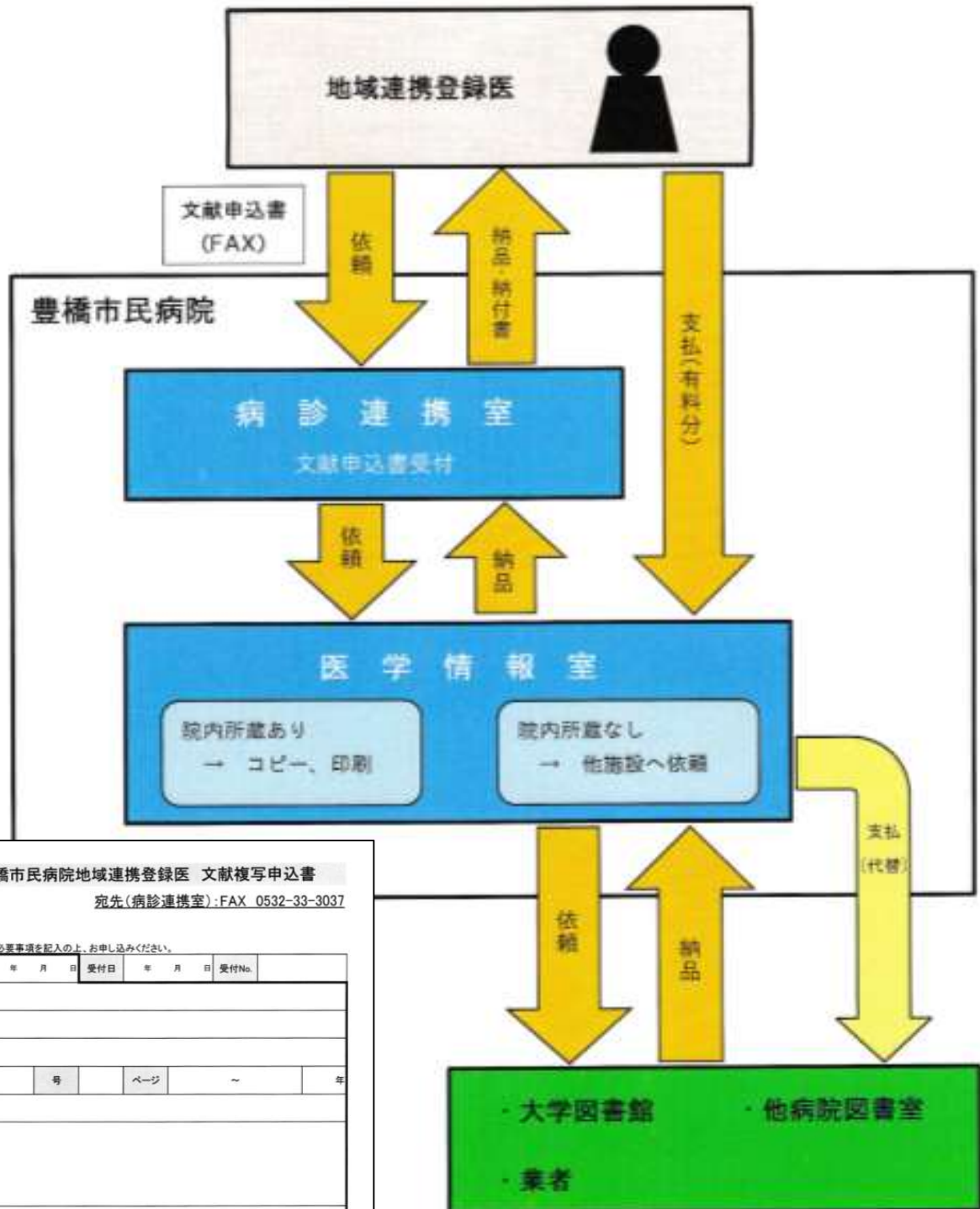
○患者総合支援センター内 病診連携室
FAX：0532-33-3037
TEL：0532-33-6382

【文献に関するお問い合わせ先】

○医学情報室
TEL（0532）33-6111 内線3670



文献複写サービスの流れ



様式1

豊橋市民病院地域連携登録医 文献複写申込書

宛先(病診連携室): FAX 0532-33-3037

※太枠内に必要事項を記入の上、お申し込みください。

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日	受付No.	
所属									
氏名									
雑誌名									
巻		号		ページ		～		年	
著者名									
論題名									
印刷方法 ☐ 白黒印刷 ☐ カラー(有料・自動的に外部手配になります)									
手配方法 ☐ 病院所蔵のみ ☐ 市民病院に無い場合は院外手配を希望する(有料)									
備考									

返信用宛先※宛名に使用します。ご記入下さい。

〒
御中



16. 地域医療連携システム「メディマップ」について

登録医の先生方の施設情報をご来院いただいた患者様にもっと知っていただくため、新たに地域医療連携システム「メディマップ」を導入しています。このシステムを用いて、より分かりやすく、かつ充実した形で患者さまや地域の方々へ発信してまいります。

<機能について>

1. デジタルサイネージ（大型モニター）による広報促進
当院に来院した患者さんへ、入退院支援センター受付横に設置したデジタルサイネージで地域連携登録医の紹介を行い、最寄の医療機関を知ってもらうシステムです。また、患者さんへ「かかりつけ医」や「地域医療連携」の理解を促進する情報を合わせて放映します。
2. タッチパネルによる登録医施設情報の検索システム
当院入退院支援センター受付横に設置したパソコンで、患者さんが『医療機関名』『診療科目』『地域』『地図』の4つの項目から簡単にタッチパネルで検索できる機能です。またプリンターで印刷していただくことも可能です。
3. 当院ホームページによる登録医施設情報の紹介
当院ホームページにて貴院の情報を提供します。貴院ホームページがあれば、リンクを貼り誘導します。

<掲示内容について>

1. 標準仕様について
画像については外観の写真やその他の画像、院長先生やスタッフ等の写真も併せて掲載することが可能です。ご希望の画像がありましたら、【様式1】にありますメールアドレス宛にご送付ください。
2. 個別情報の掲載について
独自の特徴やメッセージも個別に記載することが可能です。ご希望がありましたら、【様式1】に200字以内で記載いただき下記まで、ご送付ください。

※ 登録医申請書の「ホームページ等への記載を希望する」にチェックされた場合には、画像・写真・PR文の個別希望がない場合もメディマップへの掲載は行いますのでご了承ください。

【申し込み先】

○患者総合支援センター内 病診連携室
FAX：0532-33-3037
TEL：0532-33-6382

【問い合わせ先】

○患者総合支援センター 地域連携担当
TEL（0532）33-6111 内線1491



地域医療連携システム 「メディマップ」

デジタルサイネージシステム による貴院の広報促進



タッチパネル検索システム

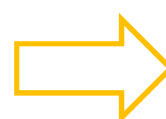


入退院支援センター受付横に設置
検索した内容をプリンターで印刷し
持ちかえていただくことも可能です。

当院ホームページによる貴院の紹介

[illegible]

1 階



診療棟

2 階

豊橋市民病院

患者総合支援センター

【電 話】0532-33-6111(代) 内線1491

◎ 病診連携室 業務時間

月～金 午前8時30分～午後7時00分

祝日・年末年始を除く

【電 話】0532-33-6382 (直通)

【FAX】0532-33-3037 (専用)

