

おまえざき地域連携室だより



市立御前崎総合病院 地域連携室発行

TEL 0537-86-8511(代表)

0537-86-8852(地域連携室)

FAX 0537-86-8853(地域連携室)

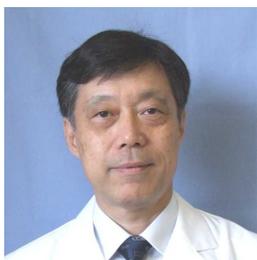
H19.7.23 第5号

季節はずれの台風も去り、梅雨明けの声も近い季節となりました。皆様におかれましてはご健勝のことと存じあげます。

当院地域連携室にはいつもご理解ご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。

皆様とのよりよい連携を目指して今後もよりいっそう努力いたしますので、ご指導のほどよろしくお願いたします。

1. 新しく2名の医師が入りました。よろしくお願いたします。



小児科 すずき りくた 鈴木 祐吉 (昭和46年卒)

今まで、金沢で小児科開業医として仕事をしてきました。今後は病院勤務医として、地域の小児科医療のために最善を尽くしたいと考えています。



呼吸器内科 いまかわ しろう 妹川 史郎 (昭和63年卒)

7月~9月までの3ヶ月間お世話になる予定で、磐田市立総合病院より参りました。

よろしくお願いたします。

* 1名の医師が、6月30日付で退職いたしました。ありがとうございました。

呼吸器内科 内山 啓

2. 開放型病床をご利用ください

いつも開放型をご利用いただきありがとうございます。今後もぜひご利用をお待ちしております。

- * 開放型病床を利用する患者様の入院を決められましたら、地域連携室にご連絡ください。当院医師(担当診療科長または医師指定がある場合は指定医)へ、電話をおつなぎします。院内主治医と入院予定日が決まりましたら、[市立御前崎総合病院 外来受診・検査・栄養相談依頼申込書]にご記入いただき、紹介状と共にFAXでご送信ください。

3. 先日、臨床懇話会を行いました。

院外医師 2 名・院内医師 15 名・院内職員 19 名の参加がありました。

第 40 回浜岡臨床懇話会

日時：2007 年 6 月 7 日（木）午後 7 時～9 時

場所：市立御前崎総合病院 2 階 研究室

* 演題プログラム *

- | | | | |
|--|----------|----|-------|
| 1) インスリンが原因と考えられる肝機能障害を発症した | 型糖尿病の一症例 | 内科 | 高橋 聡 |
| 2) 異型狭心症に心臓 CT が有用だった一症例 | | 内科 | 内山 理恵 |
| 3) 出血を繰り返した直腸潰瘍の一例 | | 外科 | 斉藤 孝晶 |
| 4) 肺小細胞癌に合併した opsoclonus-myooclonus syndrome の一例、第 2 報 | 脳神経外科 | | 酒井 直人 |



次回は、10 月頃に行う予定であります。近くなりましたら、ご案内をさせていただきます。

皆様のご参加を、お待ちしております。

4. 検査予約・栄養相談を受けています

検査予約につきましては、事前に FAX もしくはお電話をいただければ、可能な限り事前予約をさせていただきます。

栄養相談は、事前予約となります。こちらも是非ご利用ください。

この度、右記のような申込書に変更させていただきました。お手数ではございますが新しい書式を同封いたしましたので、今後はこの申込書をご利用ください。

造影検査・MRI 検査のご依頼時には、身長と体重を必ずお知らせください



5. 糖尿病教室のお知らせ

当院では、月 1 回第 2 木曜日 14:30～16:30 に糖尿病教室を開催しています。ご利用ご希望の方がいらっしゃいましたら、地域連携室までご連絡ください。

6. 地域連携室からのお願い

当院へ受診依頼の際は、紹介状を FAX される前に、地域連携室までお電話でご一報ください。

御前崎市総合保健福祉センターより

* 療養型病棟から 副看護部長兼療養型病棟師長 内山千恵子 *

介護保険法改正から一年が経ちました。現在療養型施設を利用する方の平均介護度は、4.7 と上昇しています。ショートステイ利用者に於きましても医療依存度が高い方が増加している点から、当施設では、在宅での主治医や介護支援専門員等サービス事業所との連携を更に深めていきたいと考えています。

書面についてのお問い合わせがありましたら、地域連携室までご連絡をお願いいたします。

市立御前崎総合病院 外来受診・検査・栄養相談依頼申込書					
紹介先		紹介元			
市立御前崎総合病院		所在地			
地域連携室宛		医療機関名			
直通電話 0537-86-8852		医師名			
専用FAX 0537-86-8853		電話番号			
		FAX番号			
診療依頼 (診療依頼科、医師名、希望日をお書き下さい。)					
項目	診療科	医師名	希望日		
外来受診					
検査依頼 (画像、生理検査項目及び必要事項を、お書き下さい。)					
検査項目	部位	希望日	造影依頼	* 患者データ	
			有	身長	cm
			無	体重	kg
病名・主訴	検査目的	読影依頼	アータ報告		
		有	フィルム・CD-R		
		無	その他・無		
* MRI検査、造影検査時には身長、体重を必ず記入してください。					
栄養相談 (栄養相談項目をお書き下さい。)					
希望日	栄養指導依頼内容				
患者情報					
患者氏名	生年月日	性別	電話		
		男	【自宅】		
		女	【勤務先】		
住所					
保険区分	通常・自賠責・労災・公災・療養費払い・その他()				
					H19.6.1作成