

おまえざき患者支援センターだより



令和4年7月吉日 第68号
市立御前崎総合病院
患者支援センター

<https://omaezaki-hospital.jp/>

E-mail byorenkei@city.omaezaki.shizuoka.jp

日頃より、患者さまのご紹介や臨床情報の提供・取得をスムーズに行っていただき、心からお礼申し上げます。皆様のご尽力を賜り、地域における当院の役割を担うべく、日々努めさせていただきます。今後も、感染対策へのご協力をお願いいたします。

1 医師交代

7月1日着任

非常勤 眼科

橋爪 衛 (ハシヅメ マモル)

第1木曜日午前

6月30日退職

非常勤 眼科

三浦 駿大



2 菊川市立総合病院・市立御前崎総合病院合同カンファレンスについて

日時 9月28日(水) 19時より

会場 菊川市立総合病院 2階 第1・2会議室

※詳細につきましては、後日菊川市立総合病院よりご案内させていただきます。

3 リウマチ科外来診療について

リウマチ科は完全予約制となります。お手数ですが次ページの予約手順をご確認いただき、お申込みをお願いいたします。

	月	火	水	木	金
午前	近藤玉樹 (予約制)	近藤玉樹 (予約制)	大橋弘幸 (予約制)	なし	大橋弘幸 (予約制)
			近藤玉樹 (予約制)		近藤玉樹 (予約制)
午後	なし	なし	大橋弘幸 (予約制)	古川省悟 (予約制)	大橋弘幸 (予約制)

4 リウマチ科予約について

リウマチ科の予約方法についてご案内させていただきます。
ご予約の日時が決定するまでに、日数を要しますのでご了承ください。

- 依頼元 外来受診・検査・栄養相談依頼申込書
診療情報提供書（検査データあれば添付）
コロナチェックシート
- 上記3点を記入のうえFAX送付願います（FAX：0537-86-8853）
※都合の悪い日時がある場合は、事前にご記入願います。
希望日に予約がいっぱいの場合は、希望に添えない場合がございます。
緊急性があるものや、いつまでに受診が必要等医師の指示がある場合はその旨記載または、お知らせ願います。
予約日のお返事が後日となりますので、ご了承ください。



FAX送付

- 病院 リウマチ科外来にて診療情報提供書・検査データ等確認
予約日時決定後、地域連携室にて予約連絡票作成



FAX送付

- 依頼元 予約連絡票の本人へのお渡し・予約のご連絡等をお願いします。

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 市立御前崎総合病院 患者支援センター 地域連携室 宛 直通電話 0537-86-8852 専用FAX 0537-86-8853	紹介元 所在地 画像撮影名 医師名 電話番号 FAX番号
---	---

診療依頼 (診療情報提供書、検査データ、希望日を記入してください)	項目	診療科	医師名	希望日
外来受診	リウマチ科	〇〇Dr.	〇〇、〇〇、△/△	

検査依頼 (検査項目を記入してください)	検査項目	部位(詳細)	希望日	医師名	患者データ 必須欄
OT・MRI エコー・骨密度 その他()					年齢 身長 撮影のみ 撮影-造影 ダイナミック 体重

検査依頼 (検査項目を記入してください)	検査項目	部位(詳細)	希望日	医師名	患者データ 必須欄
骨密度					年齢 身長 撮影のみ 撮影-造影 ダイナミック 体重

※ 造影検査を行う場合は造影剤の有無(造影剤使用)は、以下の項目に○をつけてください。
造影検査後の生食 摂取量 一 する or しない
※ 造影剤を飲んで、造影検査をご予約の方は以下の項目に○をつけてください。
内服薬: 有・無 有の場合は: 右手・左手

外来栄養指導	栄養指導依頼	依頼内容	希望日
<input type="checkbox"/> 有 (しよすよ)	"栄養指導依頼書-指導記録"へ記入の上、合わせてFAXをお願いします。		

患者情報 (患者名はフリガナで記入ください) 御前崎病院受診歴(あり・なし) ※○をつけてください	フリガナ	性別	男性・女性
患者氏名	()		
生年月日	T・S・H・月・日 ()		
連絡先	【自宅】	【勤務先】	(未入)
住所	〒 -		
保険区分	通常・自費・労災・公費・療養費払い・その他()		
連絡事項			

紹介患者様予約通知書

紹介元医療機関名: 〇〇病院
〇〇科 〇〇先生 御待史

静岡県御前崎市池新田2060
市立御前崎総合病院
地域連携室
代表電話: 0537-86-8511
直通電話: 0537-86-8852
専用 FAX: 0537-86-8853

患者氏名	〇〇 〇〇 様	ID	1234567
予約日時	〇月 〇日 (月)	〇時 〇分	
予約診療科	リウマチ科 () () 医師		
検査項目	総合受付(正面を隣り右側)へお越し下さい。		
受付場所	総合受付(正面を隣り右側)へお越し下さい。		
持参していただく物	<ul style="list-style-type: none"> 保険証 各種受給者証(該当の方) 市立御前崎総合病院の診察券(受診歴のある方) 紹介状(診療情報提供書)・お薬手帳 紹介患者様予約通知書 		

ご紹介の患者様は当日予約時間より30分前までに総合受付窓口までおいでいただき、この通知書を窓口へ提出して下さい。
診療内容によりお待ちいただく場合があります。ご了承ください。

不織布マスクの着用をお願いします。熱のある場合は受診相談をお願いします。