

おまえざき患者支援センターだより



令和6年1月吉日 第74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、当院の診療体制にご理解、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
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。
今後もお力添えの程、よろしくお願い致します。



1 医師の異動について

着任医師 12月1日付

非常勤 小児科 内村 真介 (うちむら しんすけ)

非常勤 小児科 川上 領太 (かわかみ りょうた)

退職医師 11月30日付

非常勤 小児科 水嶋 啓人

非常勤 小児科 藤井 康仁



2 「第23回菊川市立総合病院・市立御前崎総合病院 合同カンファレンス」について

・日 時：令和6年2月21日(水) 19時より

＊18時40分より医薬品の説明があります。

・場 所：市立御前崎総合病院 2階 講堂

医師会の先生方を交え、更なる相互理解深まる機会になればと思っております。
皆様のご参加をおまちしております。

＊詳細につきましては、後日ご案内させていただきます。

3 「紹介患者 リウマチ外来 初診問診表」について

リウマチ科へのご予約の際には、患者様に「紹介患者 リウマチ外来 初診問診表」へご記入いただき、外来受診申込書、診療情報提供書、検査データと共にFAX送付をお願いいたします。診療をスムーズに行うために、ご協力の程、よろしくをお願いいたします。なお、こちらの間診票は当院ホームページ「医療関係の皆様へ」－「地域連携室」－「各種書類ダウンロード」にあります。

紹介患者 リウマチ外来 初診問診表		令和	年	月	日
市立御前崎総合病院 地域連携室					
※リウマチ科のお申込みをいただく際は、全て記入していただき 紹介状・検査データと併せてFAXをお願いいたします。		TEL: 0537-86-8852 FAX: 0537-86-8853			
お名前					
生年月日	大	昭	平	令	年 月 日
紹介元					
下記の質問について、当てはまるところに✓をしてください。(裏面もあり)					
1. 今まで大きな病気、または手術をしたことがありますか？また、それはいつですか？					
① 高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
② 心臓病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
③ 糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
④ がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
			(部位:)		
⑤ 腎臓病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
⑥ 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
⑦ その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(いつ頃:)		
			(病名:)		
		<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 良好		
2. 現在、他院に通院していますか？					
<input type="checkbox"/> いいえ					
<input type="checkbox"/> はい (通院先:)		病院、		科)	
(病名:)					
3. 現在、他の科や病院からのくすりをお飲みしていますか？					
※おくすり手帳があれば見せてください。					
<input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)					
※裏面へ続く					
4. ご家族について教えてください (亡くなった方も含め、ご家族の年齢、かかっている病気、死亡した年齢と病名)					
●両親		(父親:)	歳	生・死	同居・非同居
		(母親:)	歳	生・死	同居・非同居
●兄弟		()	歳	生・死	同居・非同居
		()	歳	生・死	同居・非同居
その他は下記へご記入ください！					
●配偶者		()	歳	生・死	同居・非同居
●子供		()	歳	生・死	同居・非同居
		()	歳	生・死	同居・非同居
5. タバコを吸いますか？					
<input type="checkbox"/> いいえ					
<input type="checkbox"/> はい (1日		本	歳から)		
<input type="checkbox"/> 以前吸っていた (1日		本	歳から	歳まで)	
6. お酒を飲みますか？					
<input type="checkbox"/> いいえ					
<input type="checkbox"/> はい (1日 何を:		どの位:	週に:	日位)	
7. 最終学歴について教えてください					
<input type="checkbox"/> 小学校		<input type="checkbox"/> 短期大学			
<input type="checkbox"/> 中学校		<input type="checkbox"/> 大学			
<input type="checkbox"/> 高等学校		<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 専門学校					
8. 職業は何ですか？					
()					
9. アレルギーはありますか？					
①気管支喘息		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
②アトピー		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
③アレルギー性鼻炎、結膜炎、花粉症		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
④食物アレルギー		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
⑤薬剤アレルギー		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
⑥その他		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		

4 「紹介患者新型コロナウイルス関連チェックシート」運用終了について

中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、市立御前崎総合病院の「紹介患者新型コロナウイルス関連チェックシート」は令和5年12月28日をもって、運用を終了しました。

これまで本チェックシートの運用にご協力をいただき、誠にありがとうございました。

今後とも地域の感染対策にご協力賜りますようお願いいたします。

