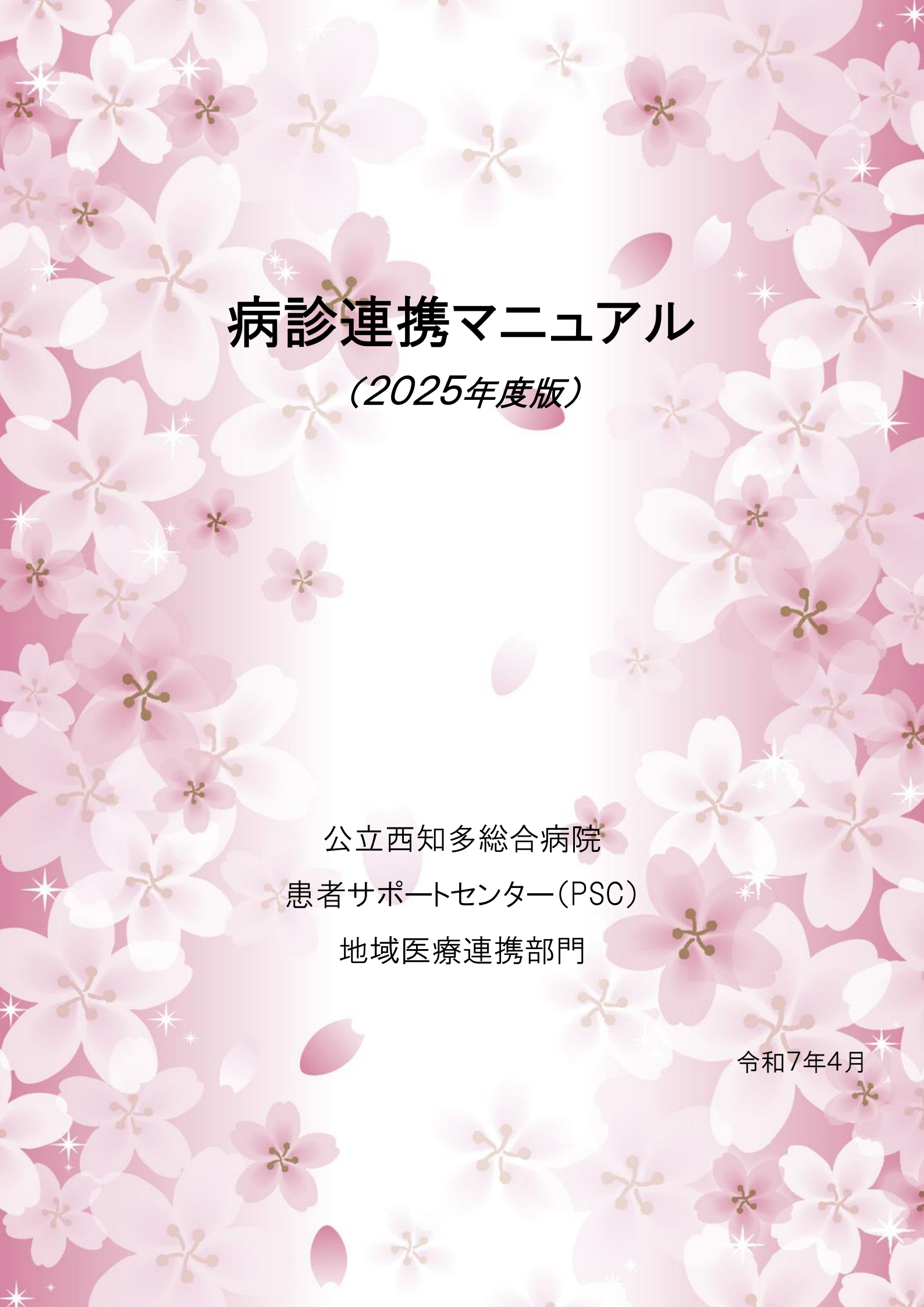




病診連携マニュアル

(2025年度版)

公立西知多総合病院
患者サポートセンター(PSC)
地域医療連携部門

令和7年4月

目次

I	公立西知多総合病院が目指す地域連携	1
II	地域医療連携部門について	2
III	予約システムの運用について	4
	CT・MRI 検査一覧	12
IV	その他	13
V	緩和ケア病棟について	14
VI	結核モデル病床について	15
	1. 結核疑い及び結核患者（排菌なし） 外来受診予約申込方法	16
	2. 結核モデル病床 入院申込方法	17
VII	様式集	18

I 公立西知多総合病院が目指す地域連携

公立西知多総合病院は、地域医療支援病院として地域の医療機関と連携し、地域完結型医療を展開するために、次の4つの視点での取り組みを継続的にを行います。

1) 紹介・逆紹介の連携強化

○病診連携および入退院支援部門の機能強化

・地域医療ネットワークの構築

紹介患者情報の共有

・患者サポート部門の集約

・逆紹介の推進

○地域連携パスの構築推進

2) 在宅医療機能の支援

○在宅医療を支援する専門職種の派遣

3) 建物・設備・医療機器の地域医療機関への開放

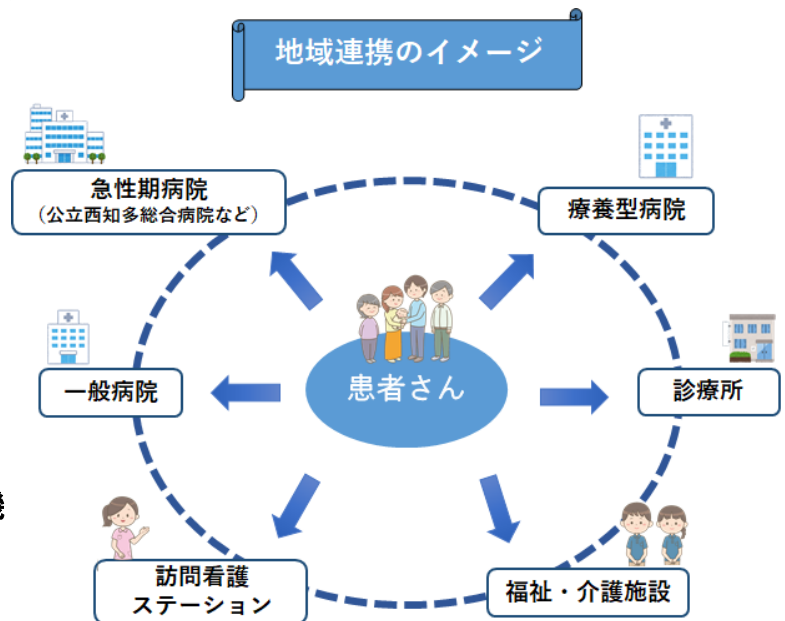
○医療機器の共同利用

○講堂や会議室の開放

4) 医療・介護・福祉・行政・市民が学べる機会等の創出

○地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護・福祉団体等との顔の見える関係の構築

○合同研修会、講演会、市民公開講座等の開催



患者サポートセンター（P S C Patient Support Center）について

地域医療連携部門は、このセンターに属しています。

患者サポートセンターには、そのほか、「総合相談部門」「患者支援部門」で構成されています。当センターでは、患者さんがその人らしく安心して地域で生活できるように、院内の様々な職種が、患者さんを取り巻く『チーム』として連携し、地域の関連機関と連携する窓口です。

入院前から安心して地域へ帰ることが出来るように支援いたします。また、生活上の問題や心配事などについても総合的に考え、解決に向けてお手伝いいたします。

7. 登録医制度に関する各種管理・手続き

地域の医療機関と当院が、各々の役割を分担すると共に緊密な連携を図ることにより、相互で地域の医療を支え、良質な医療を提供する協力体制を高めていくことを目的としています。

【登録医制度の概要】

- 1) 登録医から紹介された患者さんは、病状が安定したら紹介元の登録医に逆紹介します。
- 2) 登録医へ「登録医証」を交付し、各種案内等を送付いたします。
- 3) 公立西知多総合病院正面玄関の総合案内サインに、医療機関名を掲示いたします。
当院ホームページにも掲示いたします。
- 4) 公立西知多総合病院のエントランスに、登録医療機関一覧表の案内リーフレットを設置いたします。
- 5) 公立西知多総合病院内の開放型病床をご利用いただけます。
- 6) 公立西知多総合病院の図書室、会議室等の施設や設備をご利用いただけます。
- 7) 公立西知多総合病院が行う研修会、症例検討会などに参加いただけます。
- 8) 在宅療養後方支援病院として、登録医と在宅療養中の患者さんを支援します。
- 9) 知多半島医療連携ネットワークに加入いただきますと、インターネットでの診療予約・検査予約や、同意をいただいた患者さんのカルテ情報の閲覧ができます。

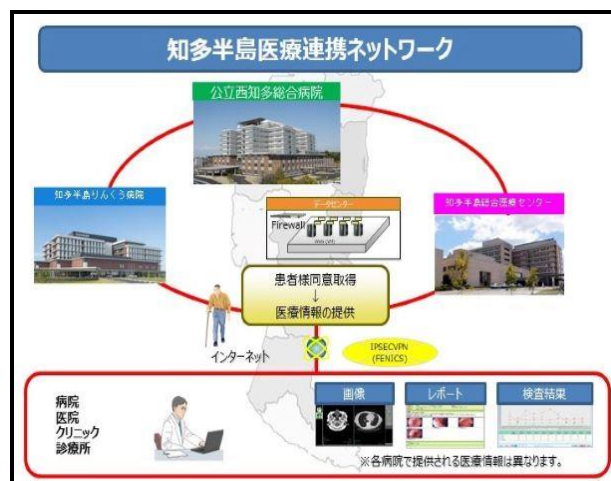
登録医のお申込は、「公立西知多総合病院 登録医申込書（様式 1）」をご記入いただき、地域医療連携部門まで FAX をお願いいたします。

8. 地域連携ネットワークの管理

公立西知多総合病院は、地域の医療機関をつなぐネットワークを構築し、患者さんの同意に基づき診療情報（カルテ情報・画像情報）のリアルタイムな共有と、患者紹介、医療機器等の共同利用に関連した業務の効率化を推進しています。平成 29 年 2 月 1 日からは知多半島内急性期病院間（知多半島総合医療センター・知多半島りんくう病院・公立西知多総合病院）を含む知多半島医療連携ネットワークシステムとして運用を開始し、多くの医療情報を得て質の高い医療の提供を推進しています。

【地域連携ネットワークができること】

- ① 診療情報参照
医師、看護師、その他多職種の記録
注射・処方、入退院、病名、検査歴、薬歴、サマリー、プロフィール情報など
- ② 検査結果参照
検体検査、画像、画像レポート
- ③ オンライン予約
診療予約、検査予約



Ⅲ 予約システムの運用について

※当日の予約申込はできませんので、ご了承ください。

(当日に受診が必要な場合は、13 ページ「1. 事前予約をされていない紹介患者さんの受診方法」
をご参照ください)

1 対象となる診療科等

① 外来診療

内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、脳神経内科、血液内科、糖尿病・
内分泌内科、小児科、外科、呼吸器外科、血管外科、乳腺外科、緩和ケア外科、脳神経外
科、整形外科、形成外科、リウマチ・膠原病内科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、
耳鼻いんこう科、麻酔科（ペインクリニック）、放射線治療科、歯科口腔外科

② 専門外来

睡眠時無呼吸症候群（スクリーニング）外来

禁煙外来

結核疑い及び結核外来

③ 画像検査

C T 単純・M R I 単純・X 線骨密度検査・歯科インプラント C T ・

歯列矯正用セファロ X - P

④ 生理検査

超音波検査（心臓・腹部・頸動脈・甲状腺）・長時間記録心電図（ホルター心電図）

長時間記録血圧計（ABPM）・脳波検査・肺機能検査（肺生理 2001 使用）・血圧脈波検査（PWV/ABI）

⑤ 内視鏡検査

上部消化管内視鏡検査

⑥ 入院予約

結核モデル病床入院

⑦ 転入院の調整

2 FAX 予約受付時間・受付部署

公立西知多総合病院 患者サポートセンター（P S C） 地域医療連携部門

住 所 東海市中ノ池三丁目 1 番地の 1

電 話 0562-33-5500（代表）

電 話 0562-33-9858（直通） 平日 8:30～19:00

F A X 0562-33-0010（直通） 平日 8:30～19:00、土曜 9:00～13:00

（※ FAX は 24 時間受付けていますが、返信は上記時間内となります）

3 紹介予約受付時間

※オンライン予約では、外来診療予約・検査予約が、**24 時間可能**です。

(一部オンラインでの予約を受け付けていない診療科・検査がございます。)

① 外来診療	平日 8:30～19:00 土曜 9:00～13:00 (祝日をのぞく)	左記時間以外に受信した FAX の返信は、翌日または翌平日の対応となります。
② 専門外来	平日 8:30～17:00 (祝日をのぞく)	
③ 画像 (CT・MRI 単純・骨密度測定 インプラント CT・歯列矯正 X-P)	平日 8:30～19:00 土曜 9:00～13:00 (祝日をのぞく)	
④ 生理検査 (超音波検査)	平日 8:30～19:00 土曜 9:00～13:00 (祝日をのぞく)	
④ 生理検査 (ホルター心電図・ABPM・脳波 肺機能検査・PWV/ABI)	平日 8:30～17:00 (祝日をのぞく)	
⑤ 内視鏡検査 (上部消化管内視鏡検査)	平日 8:30～17:00 (祝日をのぞく)	
⑥ 入院予約	平日 8:30～17:00 (祝日をのぞく)	(※診療情報提供書を FAX していただき、お電話ください。)
⑦ 転入院の調整	平日 8:30～17:00 (祝日をのぞく)	

4 救急連絡などの窓口

当日の受診については、事前にお電話にてご連絡をお願いいたします。外来への受診については地域医療連携部門職員が、緊急の受診については救急診療センターの医師または看護師が対応いたします。連絡先は次のとおりです。

区分	電話番号	対応者
当日受診	0562-33-9858 (地域医療連携部門 直通電話)	地域医療連携部門職員 (平日 8:30～17:00) 祝日除く 救急診療センター医師・看護師 (上記以外)
救急外来 緊急受診 24 時間対応	「地域医療連携ホットライン」へお電話ください	救急診療センター 医師・看護師

(※各診療科の受付時間は平日 8:30～11:00 です。それ以降は救急外来での対応となります。)

5 診療予約及び検査予約方法

当日の予約申込はできませんので、ご了承ください。

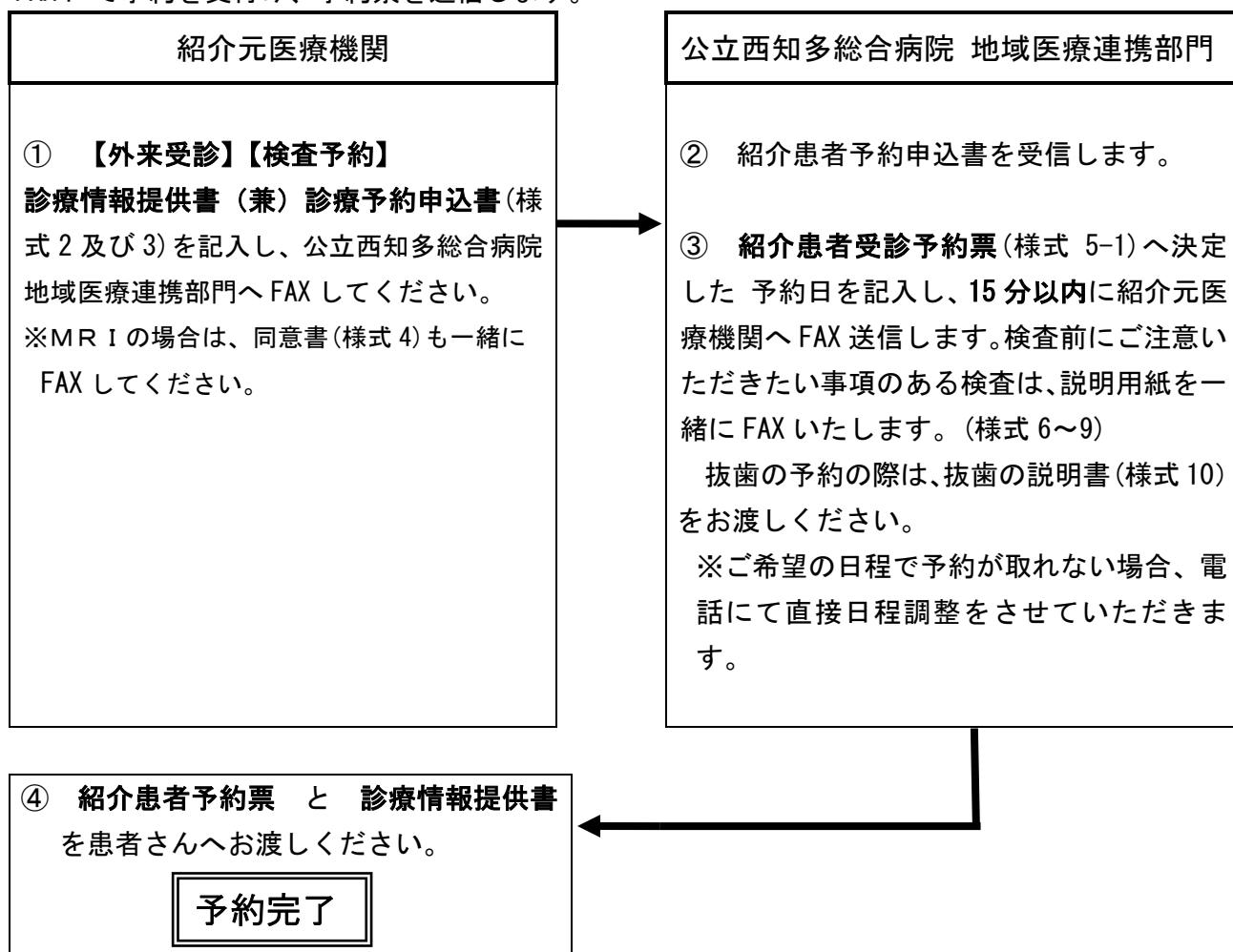
【受診前の情報提供のお願い】

受診日前日の午前 10 時までに、診療情報提供書の FAX をお願いしています。スムーズな診療を行うため、ご協力をよろしくお願いいたします。

※受診日前日の予約手続きの場合は、でき次第 FAX してください。

【FAX 予約申込方法】

FAX にて予約を受け、予約票を返信します。



患者さんにお伝えいただくこと

●予約日当日に、紹介患者予約票・診療情報提供書（紹介状）

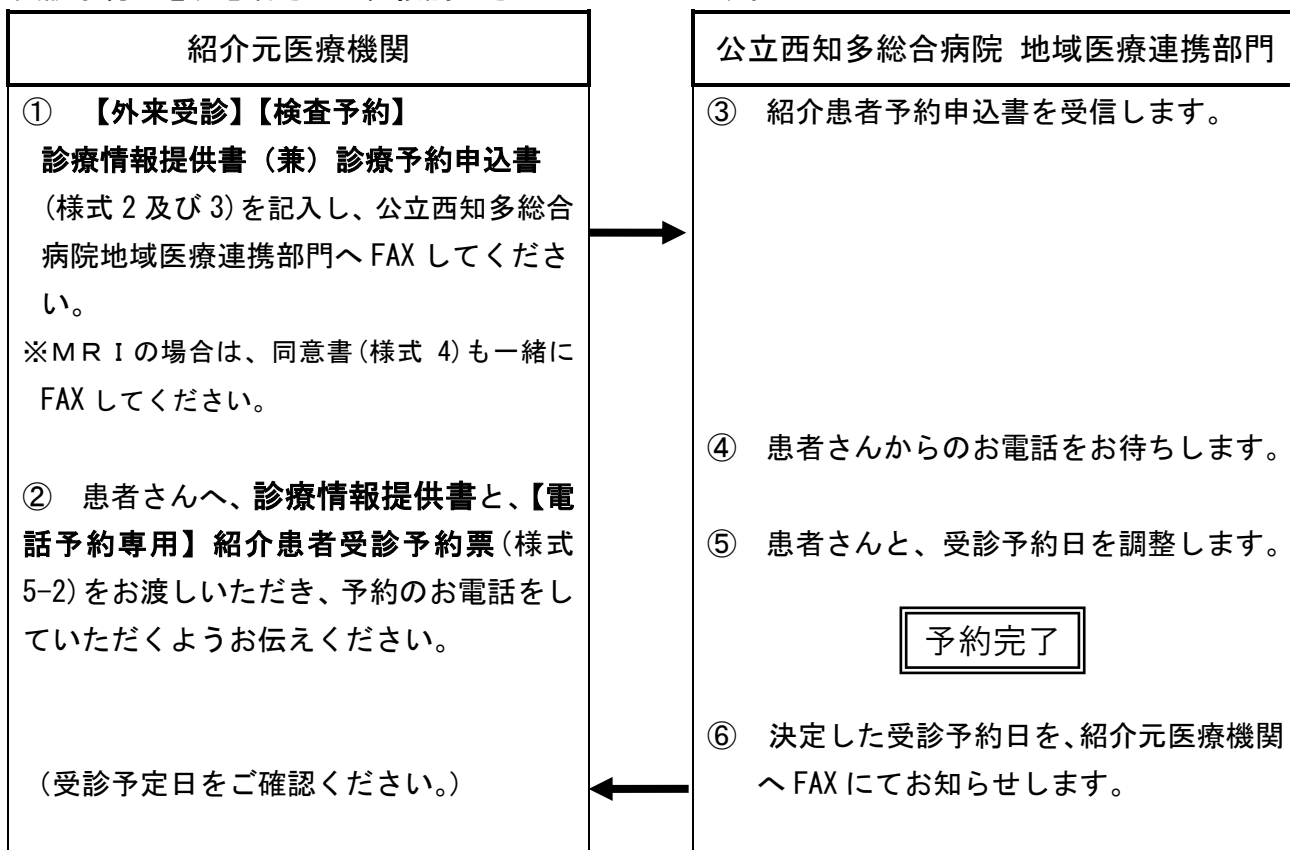
健康保険証（お持ちの方は医療受給者証）・診察券（お持ちの方）をお持ちください。

●予約時間の 15 分前に、1 階総合受付 紹介患者窓口へお越しください。

※摂食機能評価の場合は「摂食・嚥下評価表 患者情報収集用紙」（様式 12）を初診日までに FAX してください。

【患者さんからの直接電話による予約申込方法】

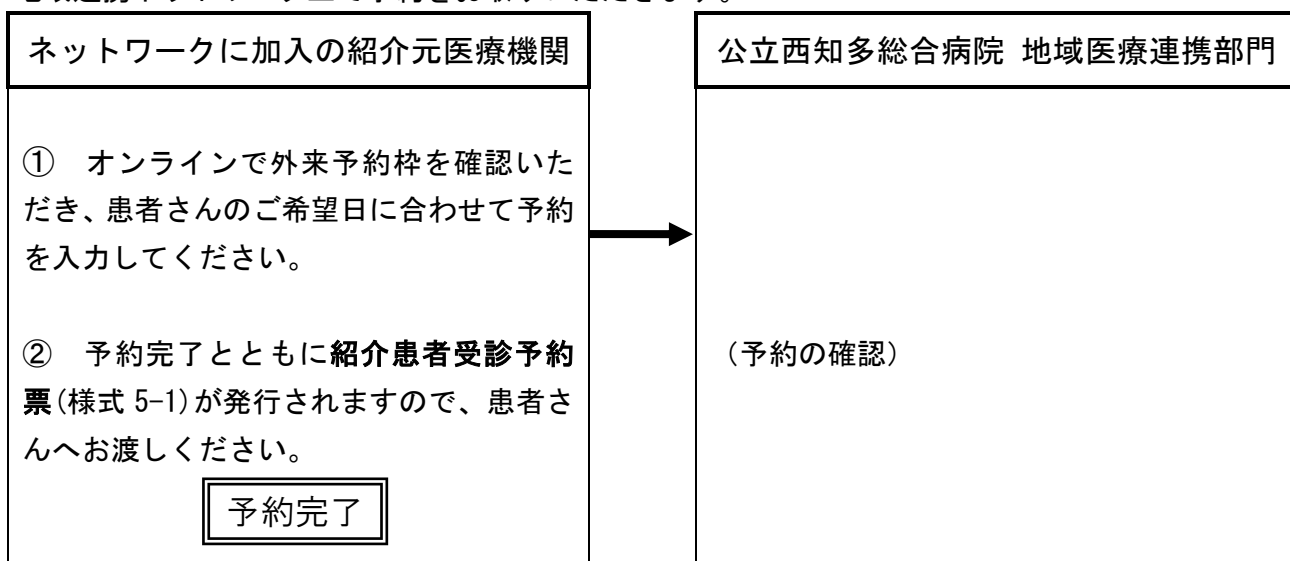
受診予約日を、患者さんと直接調整させていただきます。



【オンライン予約申込方法】

（※オンライン予約は、当院へ「登録医」としてご登録いただいている医療機関へご案内させていただきます。）

地域連携ネットワーク上で予約をお取りいただきます。



【各申込書共通事項】

正式名称をご記入ください。（※この様式を紹介状と兼用する場合は、医師名の記載をお願いします）

当院受診履歴の有無を調べる上で、とても重要な情報になりますので、正確にご記入ください。

（既婚の女性など、旧姓がある場合は、記載していただくと幸いです。）

予約申込当日に予約が取れなかった場合などに、後日当院から電話連絡させていただきます。つながりやすい番号（携帯電話など）をご記入ください。

傷病名・紹介目的をご記入ください。この様式を診療情報提供書と兼用することができます。兼用する場合は必ずチェックを入れて下さい。また、この様式が紹介状の原本になりますので、患者さんに忘れずにお渡しください。

添付資料の「あり」・「なし」にチェックをお願いします。

・予約診療科 → 希望の診療科を選択し、☒してください。

(放射線治療目的の場合は、10 ページの手順に従いご紹介ください。)

・担当医希望 → 「有 無」のいずれかに○をつけていただき、希望担当医がある場合は医師名をご記入ください。※診療予定表にて、希望担当医の外来日をご確認ください。

○予約票の返信は平日 8:30～19:00 及び 土曜日（祝日を除く）9:00～13:00 です。

【睡眠時無呼吸症候群（スクリーニング）外来】 外来日：第2・第4月曜日

※簡易検査が済んでいる患者さんが対象となります。1st チェックの場合は耳鼻咽喉科の受診予約をお願いします。

○上記外来の予約票の返信は平日 8:30~17:00 です。

※ 平日の午後 1 時～4 時に直接、外来 C ブロックへお越し下さい。オリエンテーション等を行います。

○上記外来の予約票の返信はございません。

【外来診察予約】 ※結核に関する申込は別書式です。 紹介元医療機関名 公立西宮総合病院

診療情報提供書(兼)診療予約申込書

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL() FAX()	
フリガナ	生年月日 年 月 日	
患者氏名	性別 男 女	生年 月 日 天 昭和 平成 令和
患者連絡先電話番号		

【各科外来】 受診希望科に ☒ してください。 ※「内科」は日付のみの予約になります。

⑥ 予約診療科 該当科に ☒ してください	内 科	小 児	婦 産 科	乳 癌 科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	形成外科	整形外科	リウマチ科
	消化器科	小児科	産婦人科	乳腺科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	形成外科	整形外科	リウマチ科
担当医希望	無・有： () 医師									

④

□ 一この様式を診療情報提供書として使用する場合はチェックして下さい。
(※この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんに忘れずにお渡し下さい)

傷病名・紹介目的

⑤

添付資料 ☐ なし ☐ あり 枚 (どちらかに、☒ してください)

【専門外来】 希望外来に ☒ してください。

☐ ※ 睡眠時無呼吸症候群外来 ☒ 禁煙外来

※簡易検査が済んでいる患者さんが対象になります。1stチェックが必要な場合は耳鼻咽喉科の予約をお願いします。

⑧

【予約手続方法】 希望の予約方法に ☒ してください。 ※緊急性が高い場合はお電話ください。

第一希望 第二希望

☐ FAXにて 月 日() 月 日() ☐ いつでも可 その他:

☐ ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いいたします。)

FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858

1) FAXでの予約手続きをご希望の場合

2) ご本人と当院が直接日程の調整をされる場合 「ご本人よりお電話」を☒してください。

3) 緊急性が高い場合は、地域医療連携部門までお電話ください。

「画像検査」

- 2) MRI 単純撮影
- 検査日：月曜～金曜（オンライン予約可）
- 12 ページの「CT・MRI 検査一覧」から検査部位を選択し、ご記入ください。検査部位の指定がないと検査の予約ができませんので、必ずご記入ください※申込と一緒に、「同意書」（様式 4）も FAX してください。

※読影結果は2～3日後にFAX・郵送させていただきます。

紹介元医療機関 → 公立西知多総合病院

【検査予約】

紹介患者 予約申込・診療情報提供書(紹介状)

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)		TEL()	FAX()
フリガナ		男	生年月日
患者氏名	様	女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
患者連絡先電話番号			
⑨ ☐ 紙のCT/MRI検査一覧をご参照いただき、検査部位をご記入ください。 ☐ CT単純 部位() ☐ MRI単純※ 部位() ※「同意書」様式もFAXしてください。 ☐ X線骨密度測定 ☐ 直列矯正用セファロX-P ☐ インプラントCT (口上顎 □ 下顎) ステンட் (口有 □ 無)		☐ 超音波検査 ☐ 心臓 ※ 火・木 ☐ 腹部 ※ 頭・腕 ☐ 甲状腺 ※ 月・水・金 ☐ 長時間記録心電図(ホルター心電図) (読影 □ 不要 □ 要) ☐ 長時間記録血圧計(ABPM) ☐ 脳波検査 ※ 小児のみ ☐ 肺機能検査(肺生理2001使用) ☐ 血圧脈波検査(PWV/ABI)	
傷病名・紹介目的 ☐ 診療情報提供書参照(ご本人が当日持参される場合、または一糊にFAXされる場合、 ☒ してください)			
病状経過 及び 検査結果 並びに 治療経過 等			

【予約手続方法】 希望の予約方法に☒してください。

第一希望

第二希望

☐ FAXにて

月

日

()

月

日

()

その他:

☐ ご本人よりお電話

(電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をいただくようお願いいたします。)

FAX (0562)33-0010

TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)

知多南医療連携 直通

- 3) X線骨密度測定 検査日：月曜～金曜（オンライン予約可）
DXA 法にて検査を行います。測定結果は、紹介元医療機関へ FAX するとともにご本人へお渡しします。
-
- 4) 歯列矯正用セファロ X-P 撮影 検査日：月曜～金曜（オンライン予約可）

○上記検査の予約票の返信は平日 8:30～19:00 及び土曜日（祝日を除く）9:00～13:00 です。

[生理検査]

1) 超音波検査（心臓）	検査日：火・木曜日（オンライン予約可）
2) 超音波検査（腹部・頸動脈・甲状腺）	検査日：月・水・金曜日（オンライン予約可）

○上記検査の予約票の返信は平日 8:30～19:00 及び土曜日（祝日を除く）9:00～13:00 です。

3) 長時間記録心電図（ホルター心電図）	オンライン予約不可
4) 長時間記録血圧計（A B P M）	オンライン予約不可
5) 肺機能検査（「肺生理 2001」を使用）	オンライン予約不可
6) 血圧脈波検査（PWV/ABI）	オンライン予約不可

○上記検査の予約票の返信は平日 8:30～17:00 です。

※事前に注意して頂きたい事項がある検査は、予約票の返信と一緒に説明用紙を送信いたしますので、患者さんにお渡しください。

7 放射線治療目的の紹介方法について

該当の患者さんをご紹介の際は、様式 15「予約申込書（放射線治療用）」と「診療情報提供書」を当院へ FAX してください。

当院と患者さんで日程調整後、紹介元医療機関にご連絡いたします。診察日に C T、M R I、骨シンチまたは P E T、血液データ、病理レポート、病理プレパラートがありましたらご提供・ご貸与をお願いします。

様式 15 紹介元医療機関→公立西知多総合病院	
予約申込書(放射線治療用)	
下記の方を紹介します。※1 この用紙の他、診療情報提供書をお送りください。	
紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL() FAX()
フリガナ	男 女 生年月日 天正 昭和 平成 令和 年 月 日
患者氏名	様
患者連絡先電話番号	※携帯等直接連絡の取れる番号を優先して記載してください。
予約日時は患者さんと直接調整し、貴院へご連絡します。予約希望日があれば記載してください。	
第一希望	第二希望
月 日()	月 日() □いつでも可 その他:
紹介目的	放射線治療
治療前情報 など	☐ 放射線治療歴 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 治療歴データあり※2 ☐ 治療歴データなし ☐ 家族の付き添い ☐ 無 ☐ 有 ☐ 既往歴 ☐ 内服薬 (お薬手帳持参)
その他 依頼事項など	
※1 入院での治療を希望される場合、放射線治療科での入院は行っていないため、別途、入院科への紹介依頼が必要になります。 ※2 放射線治療歴のある場合、治療歴データ(紙及びDICOMデータ)を事前にご送付ください。また、この原本を患者さんにお渡しいただき、当日持参するようお願い下さい。 ※3 原則、紹介元の通院も継続して行なって頂きます。 FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858 公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携部門 直通 (令和5年9月版)	

8 上部消化管内視鏡検査の紹介方法について

該当の患者さんをご紹介の際は、様式16「上部消化管内視鏡検査 予約申込・診療情報提供書（紹介状）」を当院へFAXしてください。（オンライン予約も可能です。）

※診療情報提供書の内容によっては医師の判断により消化器内科の受診をおすすめする場合があります。

※結果は7～10日以内に郵送させていただきます。

当院から紹介患者受診予約票と以下の6枚を紹介元医療機関へFAXします。（オンライン予約の場合は、紹介患者受診予約票と一緒にPDFで表示されます。）

『1/6 検査説明同意書』

『2/6 医師の不確実性についての説明』

『3/6 手術、麻酔、処置、検査、治療等実施同意書』

『4/6 検査説明書』

『5/6 検査説明書』

『6/6 問診票』

（注：1/6等の数字は各帳票の下段中央のページ数を表しています）

【検査予約】		紹介元医療機関 → 公立西宮多総合病院	
上部消化管内視鏡検査 予約申込・診療情報提供書（紹介状）			
下記の方を紹介します。			
紹介元医療機関名 （依頼医師名）	TEL()	FAX()	生年月日 大正 昭和 平成 令和
フリガナ		男	年 月 日
患者氏名	様	女	年 月 日
患者連絡先電話番号			
傷病名・紹介目的	上部消化管内視鏡検査		
病状経過 及び 検査結果 並びに 治療経過 等	☐ この様式を診療情報提供書として使用する場合はチェックして下さい。 （※この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんに忘れずにお渡し下さい）		
既往歴	心疾患 不整脈 高血圧 糖尿病 緑内障 前立腺肥大症 喘息 その他()		
アレルギー	アルコール キシリカイン その他()		
ペースメーカー	あり なし		
内服薬	あり なし		
ヒコ除菌歴	未検査	検査陰性	除菌歴あり 検査陽性未除菌
抗凝固薬 抗血小板剤	あり	なし	※中止指示 (あり / ～中止 ・ なし)
◎ Hiv感染が疑われる場合は追加を希望する はい (結果は後日レポートと同時します) いいえ			
【予約希望日】			
第一希望	第二希望	□いつでも可 その他:	
月 日 ()	月 日 ()		
※検査結果は7日～10日以内に郵送します。			
FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858			

紹介元医療機関の医師から『3/6 手術、麻酔、処置、検査、治療等実施同意書』、『4/6 検査説明書』を患者さんへご説明ください。

『3/6 手術、麻酔、処置、検査、治療等実施同意書』、『6/6 問診票』を患者さんに記入してもらってください。

検査日の3日前までに以下の2枚を当院へFAXしてください。（FAX受信した旨を当院から連絡します。）

『3/6 手術、麻酔、処置、検査、治療等実施同意書』

『6/6 問診票』

紹介患者受診予約票、診療情報提供書、検査説明同意書等の6枚をすべて患者さんへお渡しください。

CT・MRI 検査一覧

○ 紹介患者予約申込書の検査項目を記載の際、ご参照ください。

CT 単純

部位	項 目					
頭部	頭部	頭部骨付	眼窩	顔面	唾液腺	
	副鼻腔	中内耳	鼻骨＋副鼻腔			
	頭胸上下腹部		頭頸胸上下腹部			
	上顎	下顎				
	上顎インプラント		下顎インプラント		上下顎インプラント	
頸部	頸部	頸胸部	頸胸上腹部	頸胸上下腹部		
胸部	胸部	胸部 HRCT	胸部大動脈	胸上腹部	胸上下腹部	
腹部	上腹部	下腹部	上下腹部			
骨部	頸椎	胸椎	腰椎	全脊椎		
	胸骨	骨盤				
	(左右を指定してください)					
	肩	肩甲骨	鎖骨	上腕	肘関節	前腕
	手関節	手				
	股関節	大腿	膝関節	下腿	足関節	足

MRI (単純)

部位	項 目					
頭部	頭部	脳下垂体	頭部 MRI+MRA			
	眼窩	中内耳	副鼻腔	唾液腺	上下顎部	
	右顎関節	左顎関節	両顎関節			
	幼児頭部	幼児脳下垂体				
頸部	頸部	咽頭・喉頭	甲状腺	幼児頸部		
胸部	縦隔	右乳房	左乳房	両乳房	右肋骨	左肋骨
上腹部	上腹(肝胆膵)		腎臓	副腎		
	幼児上腹(肝胆膵)		上腹(肝胆膵)+MRCP			
下腹部	下腹部	骨盤	膀胱	前立腺	幼児下腹部	
脊椎	頸椎	胸椎	胸椎下部～腰椎		腰椎	仙椎
四肢	(左右を指定してください)					
	鎖骨	肩	上腕	肘	前腕	手関節
	手	指				
	股	大腿	膝	下腿	足関節	足
脈管	胸部大動脈	腹部大動脈	骨盤動脈	大腿動脈	下腿動脈	

IV その他

1 事前予約されていない紹介患者さんの受診方法

- ① 当日に受診が必要な場合は、地域医療連携部門に事前連絡をお願いします。
- ② 診療情報提供書（紹介状）、健康保険証（医療受給者証）・診察券（お持ちの方）を持参し、1階総合受付 紹介患者窓口へご提示ください。
- ③ 総合受付 紹介患者窓口にて、診療情報提供書（紹介状）の確認やカルテ作成等の手続きを行った後、担当者が患者さんに各科受診方法をご説明します。
- ④ 各診療科の受付時間は平日 8 時 30 分から 11 時までとなっております。それ以外の時間については、救急外来での対応となりますので、よろしくお願いします。

※患者さんの待ち時間短縮のために、予約システムのご利用をお願いします。

2 予約の変更と取り消し

- ① FAX または電話で、受診日前日の午後 5 時までに地域医療連携部門へご連絡ください。
- ② 患者さんから直接予約の変更や取り消しの連絡があった場合は、その旨を紹介元医療機関へ連絡します。
- ③ 受診当日に来院されない場合は、紹介元医療機関へご連絡します。

3 受診後の返信

診療予約

- ① 地域医療連携部門から紹介元医療機関へ診療情報提供書（回答書）や経過報告書・受診後の事務報告などを FAX します。場合により郵送します。
- ② 退院や転院・死亡などの事務報告を FAX します。
- ③ 紹介状をお持ちでない患者さんが入院され、かかりつけ医への報告を了承された場合、入院患者事務報告書を FAX します。

画像検査予約

- ① 地域医療連携部門から紹介元医療機関へ検査実施の事務報告書を FAX します。
- ② 読影結果報告書を検査後 2～3 日以内に地域医療連携部門から紹介元医療機関へ FAX いたします。

4 借用物品の返却（担当医→患者さん→紹介元医療機関）

紹介患者さんが持参し、返却が必要な画像 CD や X 線フィルム等は、患者さんにお渡しいたします。

5 逆紹介の推進について

- ① 患者さんをご紹介いただいた医療機関に逆紹介することを基本としています。この場合、診療情報提供書（紹介状）は紹介患者さんに持参していただきます。場合により FAX 又は郵送します。
- ② 当院で急性期などの治療が終了しても、引き続き入院治療等を要する場合には、担当医や患者サポートセンター担当者等が、患者さん等の意向を尊重して転院先の病院や施設等を紹介します。この場合、速やかに紹介元医療機関へ事務報告をします。

V 緩和ケア病棟について

公立西知多総合病院では、心身の苦痛を和らげ穏やかに過ごしていただく療養の場所として、9 階病棟を、緩和ケア病棟として運用しています。

入院に際しては、あらかじめご本人やご家族と面談を行い、入院の必要性や緊急性を判定し、受け入れの可否や入院時期について相談していきます。そのため、緩和ケア病棟への入院を希望される場合は、緩和ケア外科外来への受診手続きをお願いいたします。

緩和ケア外科外来

- ・緩和ケア外科外来は、毎週火曜日・木曜日、午後1時半から1人1時間ずつの時間枠で診察しております。
(指定曜日以外の受診や早急な受診を希望される場合は、患者さんの状態・緊急性に応じて対応が可能な場合がありますので、ご相談ください。)
- ・場所は外来Bブロックで、緩和ケア外科 渡邊哲也医師が担当します。
- ・地域医療機関からのご紹介は、紹介患者受診に準じて、患者サポートセンター地域医療連携部門経由でご予約くださいますようお願いいたします。
- ・患者さんが受診した場合は、通常の保険診療での診療・面談となります。(入院中の患者さんの受診は、あらかじめご相談ください。)
- ・ご家族のみが受診した場合には、保険外の費用算定となります。(¥5,000(税抜き)です。)

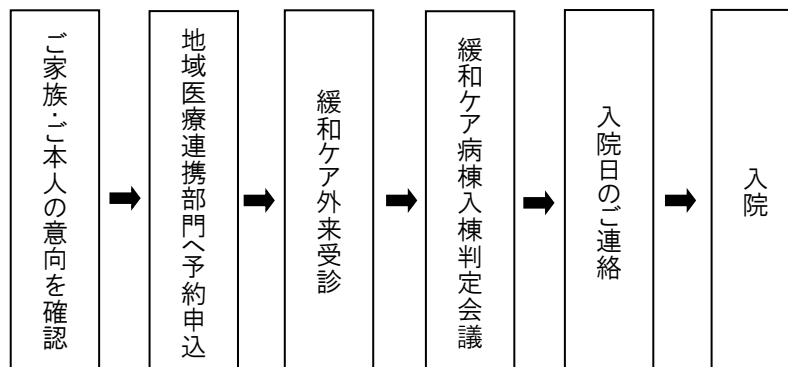
【受診方法】

診療情報提供書(兼)診療予約申込書(様式2)に必要事項を記入のうえ、必ず診療情報提供書(紹介状)と一緒にFAXしてください。指定曜日以外の受診や早急な受診を希望される場合は、患者さんの状態や緊急性に応じて対応が可能な場合がありますので、その理由が分かるようにFAXしてください。(担当医へ相談の上、お返事いたします。)

【ご紹介いただく際のお願い】

- 緩和ケア外科外来は完全予約制で、診療・面談できる人数・時間も限られており、受診をお待ちの患者さんが多数おみえです。そのため、ご家族・ご本人の意向をしっかりとご確認いただいた上での申込をお願いいたします。また、予約のキャンセル・変更なども速やかにご連絡ください。
- 受診の際は、紹介状と一緒に、必ず X-P や CT などの画像資料・検査データなどをお持ちください。
- 入院・または転入院の際は、外来受診日から当院入院までの経過・変化があった内容の情報提供書・データ、看護サマリーをご持参ください。

【お申し込みから入院までのながれ】



VI 結核モデル病床について

【入院について】

公立西知多総合病院では、結核モデル病床を 10 床運用します。
適切な結核治療と円滑な病診連携にご協力をお願い致します。

◆病床数 全 10 床 (4 人床×2・個室×2)

◆結核モデル病床の入院基準

厚生労働省健康局 結核感染症課長通知「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取り扱いについて」に定められる入院に関する基準を満たし、さらに「結核患者収容モデル事業実施要綱」における結核患者の要件を満たす必要がある。

- (1) 肺結核、咽頭結核、喉頭結核又は気管・気管支結核の患者であり、喀痰塗抹検査の結果が陽性であるとき。
- (2) (1) の喀痰塗抹検査の結果が陰性であった場合に、胃液又は気管支鏡検体を用いた塗抹検査、喀痰・胃液又は気管支鏡検体を用いた培養検査または核酸増幅法検査のいずれかの結果が陽性であり、以下の条件に該当するとき。
 - 1) 感染防止のために入院が必要と判断される呼吸器等の症状がある。
 - 2) 外来治療中に排菌量の増加がみられている。
 - 3) 不規則治療や治療中断により再発している。
- (3) (1) 又は (2) を満たしたうえで以下の条件の一つ以上に該当するとき。
 - 1) 合併症が重症あるいは専門的・高度的医療又は特殊医療を必要とする場合。
 - 2) 合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある場合。

(以上が入院基準の原則となりますが、合併症に関わらず、入院治療が望ましいと思われる場合はご相談ください。)

*** 核酸増幅法検査による結核の確定診断をお願いします。**

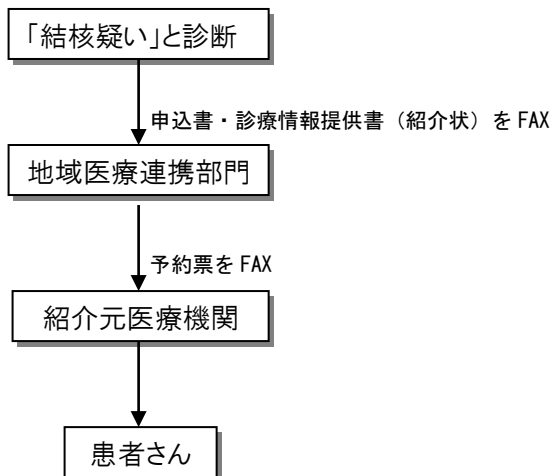
* 入院基準を満たしていない場合、ご紹介を頂いても入院適応にならないことがあります。

* 当院退院後の外来治療は、患者の状況により、当院外来以外に、紹介元医療機関の外来や他院外来へお願いする場合があります。

1. 結核疑い及び結核患者（排菌なし） 外来受診予約申込方法

❖ 結核を疑う患者さん及び結核（排菌なし）の患者さんの受診は、必ず予約手続きをお願いいたします。

【結核疑い】

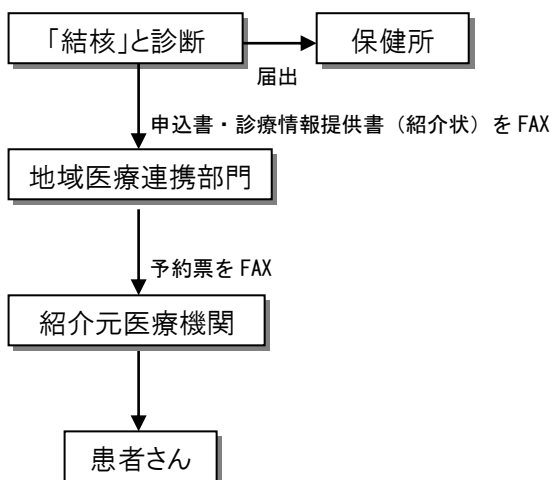


「来院時のお願い」について、説明をお願いいたします。

① 地域医療連携部門へ、「【結核疑い及び結核外来】紹介患者予約申込書」（様式 13）と診療情報提供書と保険情報（保険証のコピーなど）を FAX してください。

② 必ず、地域医療連携部門からの回答を確認後、患者さんに FAX で届いた「結核外来 紹介患者受診予約票」（様式 14-1）をお渡しいただき、受診指示をお願いいたします。

【結核（排菌なし）】



「来院時のお願い」について、説明をお願いいたします。

① 結核と診断した医療機関の担当医は、**診断後直ちに発生届を保健所へ提出**して下さい。

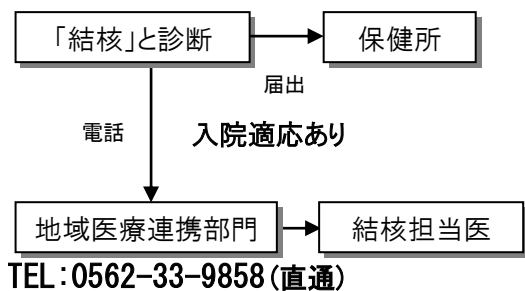
② 地域医療連携部門へ、「【結核疑い及び結核外来】紹介患者予約申込書」（様式 13）と診療情報提供書と保険情報（保険証のコピーなど）を FAX してください。

③ 必ず、地域医療連携部門からの回答を確認後、患者さんに FAX で届いた「結核外来 紹介患者受診予約票」（様式 14-1）をお渡しいただき、受診指示をお願いいたします。

【来院時のお願い】

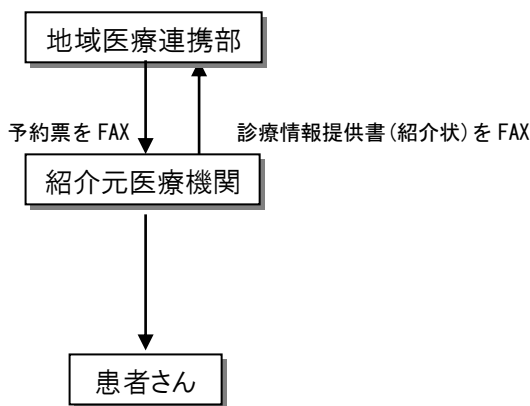
- 1) 患者さんはサージカルマスクを着用し、可能な限りご家族と一緒に受診していただくようお願い致します。
- 2) 受診の際には、「外来 1 階 C ブロック受付」で手続きを行ってください。

2. 結核モデル病床 入院申込方法



① 結核と診断した医療機関の担当医は、**診断後直ちに発生届を保健所へ提出**して下さい。

② 結核モデル病床入院適応があると判断された場合は、地域医療連携部門へご連絡ください。地域医療連携部門から呼吸器内科・結核担当医へ電話を繋ぎます。
(平日 (月～金曜) : 8 時 45 分～17 時)



③ 当院呼吸器内科・結核担当医が、入院適応を確認させていただいた後、入院予約 (原則翌日) を取り、来院日時をお伝えします。空床状況等により即答できない場合は、折り返し受け入れ状況について紹介元担当医へご連絡致します。

調整後、診療情報提供書 (紹介状) と保険情報 (保険証のコピーなど) を FAX してください。

④ 患者さんに当院へ受診指示される際には、「紹介患者結核患者入院予約票」 (様式 14-2、14-3) をお渡しいただき、次の点について患者さん及び患者さんご家族にあらかじめご説明をお願い致します。

「来院時のお願い」について、説明をお願いいたします。

【来院時のお願い】

- 1) 公共交通機関やタクシーを利用せず、自家用車で来院してください。
※当院の駐車場へ長期間駐車しておく事はできません。自家用車で一人で来院しないようにしてください。同乗者がいない場合は、保健所に相談してください。
- 2) 患者さん本人はサージカルマスクを装着し、同乗者 (発症以前からその患者さんによく接触していた者が良い) は N95 マスクを装着すること。N95 マスクが手に入らない場合は保健所に相談してください。
- 3) 自家用車の場合は窓を開放し、十分に換気してください。
- 4) 当院に到着後、必ずサージカルマスクを装着し、「時間外出入口 救急受付」へおこしてください。

VII 様式集

- 様式 1 公立西知多総合病院 登録医申込書
- 様式 2 【外来診療予約】 診療情報提供書（兼）診療予約申込書
- 様式 3 【検査予約】 紹介患者 予約申込・診療情報提供書（紹介状）
- 様式 4 M R I 検査同意書
- 様式 5－1 紹介患者受診予約票
- 様式 5－2 【電話予約専用】 紹介患者受診予約票
- 様式 6 C T 検査を受けられる患者さんへ
- 様式 7 M R I 検査を受けられる患者さんへ
- 様式 8 超音波（エコー）検査を受けられる患者さんへ
- 様式 10 抜歯をされる患者さんへ
- 様式 11 緩和ケア外科を受診される患者さん・ご家族へ
- 様式 12 摂食・嚥下評価表 患者情報収集用紙
- 様式 13 【結核疑い及び結核外来予約】 紹介患者 予約申込書
- 様式 14－1 結核外来 紹介患者受診予約票
- 様式 14－2 結核モデル病床 紹介患者入院予約票
- 様式 14－3 結核病床へ入院される患者さんへお願い
- 様式 15 予約申込書（放射線治療コース）
- 様式 16 【検査予約】 上部消化管内視鏡検査予約申込・診療情報提供書（紹介状）

公立西知多総合病院 登録医申込書

年 月 日

公立西知多総合病院

病院長 宛

私は、貴病院の登録医となることを希望しますので、登録をお願いいたします。

医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	FAX 番 号	
	診療科目名	
	E - m a i l	
	ホームページ	https://
	開 設 者	
	院 長	

登録を希望する医師名

フリガナ 氏 名	性 別	診 療 科
	男 ・ 女	
	男 ・ 女	
	男 ・ 女	

※ FAX 又は郵送で提出してください。

公立西知多総合病院記入欄

登録受付日	年 月 日
登録医番号	

公立西知多総合病院 地域医療連携部門 直通

電 話：0562-33-9858

FAX：0562-33-0010

【外来診察予約】※結核に関する申込は別書式です。

紹介元医療機関→ 公立西知多総合病院

診療情報提供書(兼)診療予約申込書

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL() FAX()		
フリガナ		男	生年月日
患者氏名	様	女	天正 昭和 平成 令和 年 月 日
患者連絡先電話番号			

【各科外来】 受診希望科に☑してください。※「内科」は日付のみの予約になります。

予約診療科 該当科に☑してください	内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	腎 臓 内 科	脳 神 経 内 科	血 液 内 科	糖 尿 病 内 分 泌 内 科	小 児 科	外 科	呼 吸 器 外 科	血 管 外 科	乳 腺 外 科	緩 和 ケ ア 外 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	形 成 外 科	歯 科 口 腔 外 科	ペ イ ン ク リ ニ ッ ク	リ ウ マ チ 膠 原	
担当医希望	無 ・ 有 : () 医師																									
傷病名・紹介目的	☐ ←この様式を診療情報提供書として使用する場合はチェックして下さい。 (※この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんに忘れずにお渡し下さい)																									
添付資料	☐なし ☐あり 枚 (どちらかに、☑してください)																									

【専門外来】 希望外来に☑してください。

☐ ※ 睡眠時無呼吸症候群外来	☐ 禁煙外来
-----------------	--------

※簡易検査が済んでいる患者さんが対象になります。1stチェックが必要な場合は耳鼻咽喉科の予約をお願いします。

【予約手続方法】 希望の予約方法に☑してください。 ※緊急性が高い場合はお電話ください。

第一希望 第二希望

☐ FAXにて 月 日() 月 日() ☐ いつでも可 その他:

☐ ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いください。)

FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携部門 直通

(令和5年5月版)

【検査予約】

紹介患者 予約申込・診療情報提供書(紹介状)

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL() FAX()		
フリガナ	男	生年月日	
患者氏名	女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
患者連絡先電話番号	様		
別紙(P.12)「CT・MRI検査一覧」をご参照いただき、検査部位をご記入ください。 ☐ CT単純 部位() ☐ MRI単純※ 部位() ※「同意書」(様式4)もFAXしてください。 ☐ X線骨密度測定 ☐ 歯列矯正用セファロX-P ☐ インプラントCT (☐ 上顎 ☐ 下顎) スtent (☐ 有 ☐ 無)		☐ 超音波検査 ☐ 心臓 ※ 火・木 ☐ 腹部 ☐ 頸動脈 ☐ 甲状腺 ※ 月・水・金 ☐ 長時間記録心電図(ホルター心電図) (読影 ☐ 不要 ☐ 要) ☐ 長時間記録血圧計(ABPM) ☐ 脳波検査 ※ 小児のみ ☐ 肺機能検査(肺生理2001使用) ☐ 血圧脈波検査(PWV/ABI)	
傷病名・紹介目的			
病状経過 及び 検査結果 並びに 治療経過 等	☐ 診療情報提供書参照(ご本人が当日持参される場合、または一緒にFAXされる場合、☑してください)		
記載日: 年 月 日			

【予約手続方法】 希望の予約方法に☑してください。

第一希望

第二希望

☐ FAXにて 月 日() 月 日() その他:

☐ ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いください。)

FAX (0562)33-0010
 TEL (0562)33-9858
 公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)
 地域医療連携部門 直通
 (令和5年5月版)

【公立西知多総合病院 紹介患者用】

MRI 検査同意書

1. 以下の①から③に該当する方は、MRI検査を受けることができません。

- ①体内にペースメーカーや埋め込み型除細動器、またはV-Pシャント・L-Pシャント及び人工耳小骨のある方。
- ②金属がMRI対応の材質であることを確認できない場合。
(ただし、手術を受けられた病院で許可を受けて確認ができた場合や、当院で当該科の医師が確認し、可能な場合はMRI検査を受けることができます。)
- ③妊娠している方、又は妊娠の可能性のある方。

2. MRI検査を安全に受けていただくために、次の問いにお答えください。(○をつけてください)

(回答に『はい』がある場合、検査ができない場合もあります。)

- ①手術などで、体内に金属が入っていますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方は以下のご記入をお願いします。

・いつ頃、どの医療機関:

・どの部位:

・金属はMRI対応のものですか。 (はい ・ いいえ ・ 不明)

- ②狭いところに入るのが怖いなどの閉所恐怖症がありますか。 (はい ・ いいえ)

- ③永久的なイレズミがありますか。(火傷や絵が崩れる可能性があります。) (はい ・ いいえ)

- ④ニトログリセリン真皮浸透絆創膏を貼っていますか。(ニトロダームなど) (はい ・ いいえ)

3. 正確なMRI検査を行うために、現在の体重を記入してください

kg

上記の問診をした結果、MRI検査を依頼します。

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元医師名

MRI検査の同意書

私はMRI検査の必要性を理解し、検査に対する問診および説明を受け、検査を受けることを同意いたします。

(患者様が未成年または付き添いが必要な方はご家族や代理の方でご署名をお願いいたします。)

令和 年 月 日

ご本人のご署名

印

代理の方のご署名

印

(続柄:)

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)

地域医療連携部門

御中

紹介患者受診予約票

患者氏名	様
生年月日・性別	
予約日	
予約時間	
診療科または検査名	医師

◆予約時間の15分前までに1階【総合受付 紹介患者窓口】へおこしてください

【乳腺外科受診の方】

診察前に問診・検査がありますので、予約時間の60分前までにおこしてください。

【眼科受診の方】

眼科の予約時間は、検査開始時間を表示しています。診察は、検査終了後となります。

なお、検査の種類等によって、呼びする順番が前後する場合がありますので、ご了承ください。

◆当日お持ちいただく物

①紹介患者受診予約票（この予約票）

②診療情報提供書（紹介状）

【緩和ケア外科に受診の方】

紹介状と一緒に必ず画像データ・検査データ等をお持ちください。

③マイナンバーカード又は健康保険証

④医療受給者証（お持ちの方）

⑤おくすり手帳（お持ちの方）

⑥当院の診察券（お持ちの方）

◆診療の状況によって診療開始時間が遅れる場合もありますのでご承知おきください。

◆都合により、予約の変更、取り消しがありましたら、前日の午後5時までに
地域医療連携部門へご連絡ください。

【連絡先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター 地域医療連携部門直通

TEL 0562-33-9858

FAX 0562-33-0010

御中

【電話予約専用】 紹 介 患 者 受 診 予 約 票

年 月 日

患者氏名	様	
生年月日・性別		
予約日		
予約時間	予約日時が決まりましたら ご記入ください	
診療科または検査名	医師	

◆予約時間の15分前までに1階【総合受付 紹介患者窓口】へおこしてください

【乳腺外科受診の方】

診察前に問診・検査がありますので、予約時間の60分前までにおこしてください。

【眼科受診の方】

眼科の予約時間は、検査開始時間を表示しています。診察は、検査終了後となります。

なお、検査の種類等によって、呼びする順番が前後する場合がありますので、ご了承ください。

◆当日お持ちいただく物

①紹介患者受診予約票（この予約票）

②診療情報提供書（紹介状）

【緩和ケア外科に受診の方】

紹介状と一緒に必ず画像データ・検査データ等をお持ちください。

③マイナンバーカード又は健康保険証

④医療受給者証（お持ちの方）

⑤おくすり手帳（お持ちの方）

⑥当院の診察券（お持ちの方）

◆診療の状況によって診療開始時間が遅れる場合もありますのでご承知おきください。

◆都合により、予約の変更、取り消しがありましたら、前日の午後5時までに
地域医療連携部門へご連絡ください。

【受付時間】

月～金曜日（祝日は除く）
13時～16時

【連絡先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター 地域医療連携部門
T E L 0562-33-9858（直通）
F A X 0562-33-0010（直通）

❖ CT検査を受けられる患者さんへ ❖

【検査上の注意】

腹部検査が午前の場合は、朝食はとらないでください。

午後の場合は、朝食は軽く、昼食はとらないでください。

※妊娠している方または妊娠していると思われる方は、検査を受ける前に申し出てください。

○検査のご案内○

1. 総合受付 紹介患者窓口で受診手続きを行います。

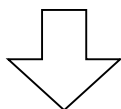
2. 問診をいたします。

3. CT検査を行います。

4. 会計をしていただき、終了となります。

5. 検査の読影結果を、2～3日後、公立西知多総合病院より、紹介元医療機関へFAXいたします。

※ただし検査内容によっては、お時間を頂く事があります。



6. 紹介元医療機関を受診し、検査結果を聞いてください。



❖ MRI検査を受けられる患者さんへ ❖

【検査上の注意】

1. 強い磁石の中で検査しますので、事故防止のため以下の物はとりはずしていただきます。
 - * 時計、眼鏡、補聴器、入れ歯、かつら、エレキバン、指輪、ネックレス、イヤリング、
ラメ入りのメイクアップ用品、マスカラ・ネイルアート・カラー・コンタクト・ピアス(ホッティ・ピアス含む)
 - * 磁器カード類(定期券、ICカード、キャッシュカード など)
 - * その他の金属類(使い捨てカイロなど)。なお、化粧品の中には顔料として、金属を含んでいるものも
有りますので、落としていただく場合があります。
2. 上腹部検査の方は、予約時間の5時間前より飲み物や食べ物を取らないでください。
(少量の水やお茶は飲んでもかまいません)
3. 検査時間はおおよそ20分から1時間かかります。排便と排尿を済ませておいてください。
※妊娠している方または妊娠していると思われる方は、検査を受ける前に申し出てください。

○検査のご案内○

1. 総合受付 紹介患者窓口で受診手続きを行います。

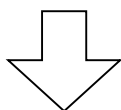
2. 問診をいたします。

3. MRI 検査を行います。

4. 会計をしていただき、終了となります。

5. 検査の読影結果を、2～3日後、公立西知多総合病院より、紹介元医療機関へFAXいたします。

※ただし検査内容によっては、お時間を頂く事があります。



6. 紹介元医療機関を受診し、検査結果を聞いてください。

公立西知多総合病院 患者サポートセンター
地域医療連携部門



❖ 超音波(エコー)検査を受けられる患者さんへ ❖

【検査上の注意】

1. 検査前までに、排便・排尿等は済ませておいてください。
※泌尿器・婦人科系検査の場合は、膀胱に尿を貯めた状態で行うため、ご自宅で排尿後、ご来院ください。
 2. 検査時間は 10～30 分程度です。
 3. 腹部超音波検査の場合、検査が午前の場合は朝食を、午後の場合は昼食のみを抜いてください。
 4. 飲水・薬などについては、依頼されたかかりつけの先生にご相談ください。
- ※妊娠している方または妊娠していると思われる方は、検査を受ける前に申し出てください。

○検査のご案内○

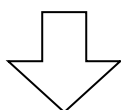
1. 総合受付 紹介患者窓口で受診手続きを行います。

2. 問診をいたします。

3. 超音波(エコー)検査を行います。

4. 会計をしていただき、終了となります。

5. 検査の読影結果を、3～5日後、公立西知多総合病院より、紹介元医療機関へFAXいたします。



6. 紹介元医療機関を受診し、検査結果を聞いてください。

公立西知多総合病院 患者サポートセンター
地域医療連携部門



❖ 公立西知多総合病院で抜歯をされる患者さんへ ❖

公立西知多総合病院 歯科口腔外科

- 当院で抜歯を希望される方は、以下のことをご理解いただき、予約の申込みをお願いいたします。
- 患者さんが未成年の場合、初診時は必ず保護者の方の同伴をお願いいたします。

口腔外科外来での抜歯について

- * 診察の結果、抜歯する日を決めます。原則として初診日に抜歯は行いません。ご了承ください。

智歯(親知らず)の抜歯について

- * 原則として親知らずの抜歯は初診当日には行いません。
- * 希望される本数や親知らずの状況から、外来で行うか入院して行うかの予定を立てます。
外来で親知らずの抜歯を希望される場合、左右両側を同時に抜歯することはできません。
一度に左右両側の抜歯を希望される場合は、入院での抜歯になります。

「16歳未満の方の智歯(親知らず)抜歯」と「矯正のための抜歯」について

- * 両者とも、原則として保険が適用されません。紹介元の先生とよくご相談の上、ご予約ください。

初診当日のながれ

予約時間の15分前に受付手続きをお願いします。お薬を飲まれている方は内容のわかるもの(おくすり手帳など)をお持ちください。受付後、歯科口腔外科へご案内いたします。歯科口腔外科で問診票の記入後、診察となります。(レントゲンの結果がわかるものをお持ちでない方はレントゲン撮影があります。)

初診の予約方法

- * 当院の外来は原則予約制となっておりますので、緊急の方以外は予約でのご来院をお願いいたします。
紹介元の医療機関で予約票を受け取っていただく方法と患者さんより直接お電話いただき予約をお取りする方法がありますので紹介元の医療機関へご相談ください。

【問い合わせ先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター
地域医療連携部門

TEL (0562)33-9858(直通)

受付時間 月～金曜日(祝日はのぞく)
13:00～16:00

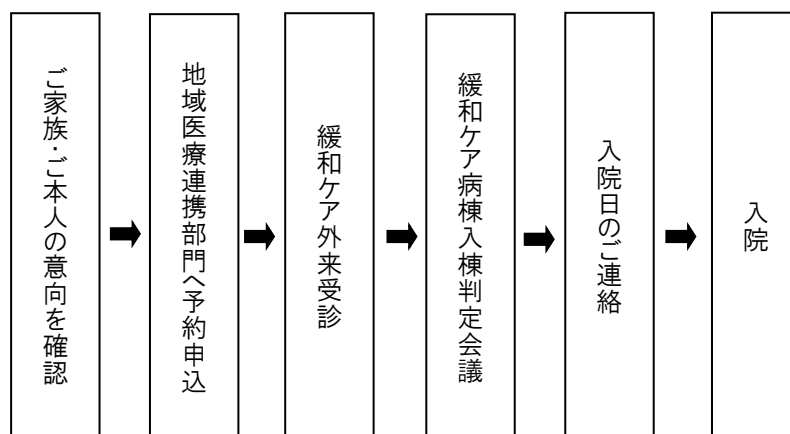
◆緩和ケア外来を受診される患者さん・ご家族へ ◆

緩和ケア外科外来は、毎週火曜日・木曜日、午後1時半から1人1時間ずつの時間枠で診察しています。完全予約制で、診療・面談できる人数・時間も限られています。予約のキャンセル・変更等は速やかにご連絡ください。

患者さんが受診した場合は通常の保険診療での診療・面談となります。（他院入院中の患者さんの外来受診はできません。入院中はご家族のみの受診となります。）

ご家族のみの受診した場合には、保険外の費用算定（¥5,000(税抜き)）となりますので、ご了承ください。

【お申し込みから入院までのながれ】



【連絡先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター
地域医療連携部門 直通
TEL 0562-33-9858
FAX 0562-33-0010



摂食・嚥下評価表 患者情報収集用紙

・氏名 _____ 様 ID : _____
 ・生年月日 _____ 年齢 : _____
 ・連絡先 自宅 携帯 _____

受診日	年 月 日 ()
紹介先 (施設名)	
既往歴	☐ 脳梗塞 (無・有 : 歳) ☐ 脳出血 (無・有 : 歳) ☐ 難病 (無・有 : 歳) ☐ 肺炎 (無・有 : 歳) ☐ 認知症 (無・有 : 歳) ☐ その他 ()
依頼内容	☐ 食事でむせる ☐ 水分でむせる ☐ 食事が口の中に残る ☐ 食事の飲み込みが悪い ☐ 食事が通りにくい ☐ 口が開かない ☐ 微熱が続く ☐ 痰が増えた ☐ 食良不振 ☐ 体重が減少してきた ☐ 経管栄養だが、再度経口摂取ができないか評価して欲しい ☐ 口腔ケア方法を教えて欲しい ☐ 嚥下訓練の方法を教えて欲しい ☐ その他
食事状況	経口 : 可 (普通食・軟食・粥食・キザミ食・ペースト食・ゼリー食) 不可 (PEG・NG・その他) 水分 : 可 (とろみ不要・とろみ付き) 不可
ADL	自立歩行 車椅子 見守り 寝たきり
会話	可・不可
義歯	無・有 (上・下・総義歯) ・有るが使っていない
介護度	未申請 要支援 () 要介護 ()
ケアマネジャー	無 事業所名 () 担当者 ()

公立西知多総合病院 摂食・嚥下チーム

TEL 0562-33-9858 FAX 0562-33-0010 地域医療連携部門 直通

【結核疑い及び結核外来】

紹介患者 予約申込書

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)			
フリガナ		男	生年月日
患者氏名	様	女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
患者連絡先電話番号			
傷病名・紹介目的	☐ 結核疑い ☐ 結核 ※ 診療情報提供書(紹介状)と保険情報(保険証のコピーなど)と一緒にFAXしてください。		
喀痰塗抹検査	☐ 陽性 ☐ 陰性		
抗酸増幅法検査	☐ 済 ☐ 未		
来院時付添の有無	☐ 有 ☐ 無		
来院方法	☐ 自家用車 ☐ その他()		

【予約希望日】

第一希望	月 日 ()	第二希望	月 日 ()	その他:
------	---------	------	---------	------

【結核及び結核疑い患者さんの受診に関するお願い】

- ① 結核と診断された場合、診断後直ちに発生届けを保健所へ提出してください。
- ② 必ず地域医療連携部門を通じて受診予約を取り、その返答を確認後、患者さんに受診指示をお願い致します。
- ③ 患者さんはサージカルマスクを着用し、可能な限りご家族と一緒に受診していただくようお願い致します。
受診の際には、「外来1階 Cブロック受付」で手続きを行ってください。
- ④ 結核と診断された患者さんで、ご家族不在の場合には、最寄の保健所にご連絡いただき(受診手段の手配などの相談)、指示に従ってください。

FAX (0562)33-0010

TEL (0562)33-9858

 公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)
 地域医療連携部門 直通
 (令和5年5月版)

様

ご紹介ありがとうございました。

結核外来 紹介患者受診予約票

(FAX送信 枚)

令和 年 月 日

患者氏名	様		
診療予約日	令和 年 月 日 ()		
来院時間	午前 午後	時 分	
診療科	科	医師名	医師

❖ 当日お持ちいただく物

- ① 紹介患者予約票(この予約票)
- ② 診療情報提供書(紹介状)
- ③ 健康保険証
- ④ 現在服用中のお薬情報(おくすり手帳等)
- ⑤ 医療受給者証(お持ちの方)
- ⑥ 診察券(公立西知多総合病院の診察券をお持ちの方)

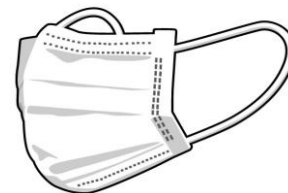
❖ 来院の際は、予約時間の15分前までに、1階外来 Cブロック受付 へお越しになり、上記の持ち物をご提示ください。

❖ 都合により、予約日時の変更などがありましたら、必ず前日の午後5時までに地域医療連携室へご連絡ください。



1階外来 Cブロック受付

※ 必ず受診指示に従ってください。
 ※ サージカルマスクを着用し、可能な限りご家族と一緒に受診していただくようお願い致します。



サージカルマスク

【連絡先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)

地域医療連携部門 直通

TEL (0562)33-9858

FAX (0562)33-0010

様

ご紹介ありがとうございました。

結核モデル病床 紹介患者入院予約票

(FAX送信 枚)
令和 年 月 日

患者氏名	様		
予約日	令和 年 月 日 ()		
来院時間	午前 時 分		
診療科	呼吸器内 科	医師名	医師

❖ 当日お持ちいただく物

- ① 紹介患者予約票(この予約票)
- ② 診療情報提供書(紹介状)
- ③ 健康保険証
- ④ 現在服用中のお薬情報(おくすり手帳等)
- ⑤ 医療受給者証(お持ちの方)
- ⑥ 診察券(公立西知多総合病院の診察券をお持ちの方)

❖ 来院の際は、時間外出入口 救急受付 へお越しになり、上記の持ち物をご提示ください。

❖ 都合により、予約日時の変更などがありましたら、必ず前日の午後5時までに地域医療連携室へご連絡ください。

時間外出入口
救急受付※ 正面玄関ではなく、
必ずこちらの時間外
出入口 救急受付へ
お越しください。

【連絡先】

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC)
地域医療連携部門
TEL (0562)33-9858

【結核病床へ入院される患者さんへお願い】

- ① 必ず受診指示に従ってください。
- ② サージカルマスクを着用し、可能な限りご家族と一緒に来院していただくようお願いいたします。マスクが手に入らない場合は、保健所に相談してください。
- ③ 来院の際には、「時間外出入口 救急受付」へお越しください。
※来院場所をお間違えないようお願いいたします。
※予約票に書かれている来院時間を厳守してください。
(早く来院されても対応できない場合があります。遅れる場合も、必ずご連絡ください。)
- ④ ご家族不在の場合、当院または保健所の受診指示に従って来院してください。
- ⑤ 当院の駐車場へ長期間駐車しておく事はできません。患者さん自身のお車で一人で来院されないようにしてください。

【入院の持ち物】

認印

洗面用具(コップ(割れない物)、ボディーソープ(石鹸)、歯ブラシ、シャンプーなど)
日用品(上履き、ティッシュペーパー、電気シェーバー、マスクなど)

※上履きはかかとの覆われた靴タイプの物をご持参ください。

パジャマ・下着・バスタオル・タオル・(必要な方)オムツ・おしり拭き

食事用品(湯のみ・ポット)※割れない物。箸・スプーンは病院で用意します。

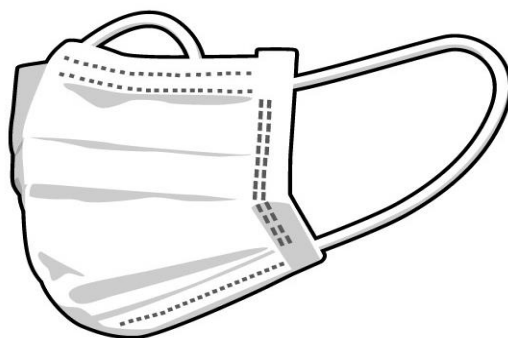
筆記用具

その他必要物品(携帯電話や髭剃りなどの充電器、時計)

入院セット(ねまき・オムツ・日用品など)のレンタルもごさいます。

カミソリ・カッター・ナイフなどの刃物やマッチ・ライター等の

危険物の持ち込みはご遠慮ください。



サージカルマスク

予約申込書(放射線治療用)

下記の方を紹介します。※1 この用紙の他、診療情報提供書をお送りください。

紹介元医療機関名 (i依頼医師名)	TEL() FAX()		
フリガナ		男	生年月日
患者氏名		女	大正 昭和 平成 令和
	様		年 月 日
患者連絡先電話番号	※携帯等直接連絡の取れる番号を優先して記載してください。		

予約日時は患者さんと直接調整し、貴院へご連絡します。予約希望日があれば記載してください。

第一希望

第二希望

月 日()

月 日()

☐ いつでも可

その他:

紹介目的	放射線治療
治療前情報 など	・放射線治療歴 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 治療歴データあり※2 ☐ 治療歴データなし ・家族の付き添い ☐ 無 ☐ 有 ・既往歴 ・内服薬 〈お薬手帳持参〉
その他 依頼事項など	

※1 入院での治療を希望される場合、放射線治療科での入院は行っていないため、別途、入院科への紹介依頼が必要になります。

※2 放射線治療歴のある場合、治療歴データ(紙及びDICOMデータ)を事前にご送付ください。また、この原本を患者さんにお渡しいただき、当日持参するようお伝え下さい。

※3 原則、紹介元の通院も継続して行って頂きます。

FAX (0562)33-0010

TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携部門 直通

(令和5年9月版)

下記の方を紹介します。

◎ ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる場合は追加を希望する
はい（結果は後日レポートと同封します） ☐ いいえ ☐

その他:

(令和5年5月版)

[illegible]



公立西知多総合病院
Nishichita General Hospital

公立西知多総合病院 代表

住 所 東海市中ノ池3丁目1番地の1

電 話 0562-33-5500(代表)

患者サポートセンター(PSC)地域医療連携部門

電 話 0562-33-9858(直通)

F A X 0562-33-0010(直通)