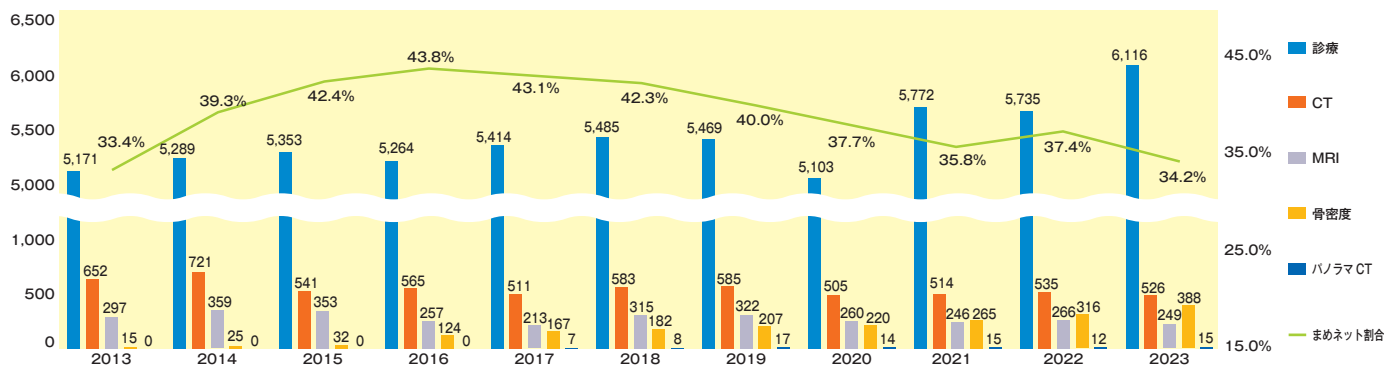


診療予約及び検査予約の年度推移



患者さんのご紹介について

当院では、地域医療連携を推進するため紹介患者さん専用の診療受付窓口を設け、速やかな受診が行えるよう取り組んでおります。現在、以下の方法により紹介をお受けしています。

1. まめネットで紹介状をお送りになる場合

まめネットで紹介状を作成し、その情報をまめネットで事前に送信することが可能です。まめネットで事前に送信された場合には、患者さんの来院前に患者さんの状況を把握し準備ができるため、より適切な診療に役立っています。また、まめネットでの紹介状をいただいた場合には、まめネットでの返信により情報を共有しながら診療が可能ですので、まめネットを利用した紹介にご協力をお願いします。

2. 患者さんに紙の紹介状及び電子紹介状送信通知書をお渡しになる場合

患者さんに紙の紹介状及び電子紹介状送信通知書をお渡しになる場合には、患者さんに「紹介患者専用受付窓口に提出してください。」とお伝えください。

3. 郵送にて紹介状をお送りになる場合

郵送される場合には、封書に以下の宛名等をご記載ください。

〒693-8555 島根県出雲市姫原四丁目1番地1
島根県立中央病院 紹介患者専用受付窓口 あて
紹介状在中

4. 緊急の場合

緊急の搬送等の場合には、FAXでの事前送付もお受けしております。（本書については、後日送付ください。）

FAXでの送信先 0853-30-6909

診療・検査・栄養指導 予約の方法

診療の予約について

1. まめネットでご予約を取得

まめネットの「予約サービス」をご契約の医療機関から、まめネットを利用してリアルタイムで診療枠の予約状況の確認と、予約の取得が可能です。

当日予約はできませんので、ご了承ください。

2. FAXでの診療予約

『診療予約申込書』(P.81)に、「患者氏名(フリガナ)・性別・生年月日・住所・電話番号」および「受診希望日・受診時間・受診科名」を記入の上、入退院支援・地域医療連携センターあてにFAXしてください。ゲノム外来をご予約の方は初回受診時に「ゲノム医療外来を受診される方へ(問診票)」を患者さんに渡し、受診日に記入して持参されるようご案内をお願いします。ただし、当日予約はできませんのでご了承ください。

FAX番号 0853-30-6508

予約受付後、『診療予約受付票』に記載をしてFAXをお送りしますので、患者さんに紹介状と共にお渡しください。

検査予約について

当院での精密検査を受けるために患者さんをご紹介いただくときにも、スムーズな検査の実施のため、事前に以下の方法によりご依頼ください。

1. まめネットでの予約の取得と検査申込み

まめネットの「予約サービス」をご契約の医療機関から、まめネットを利用してリアルタイムで検査枠の予約状況の確認と、予約の取得及び検査の申し込みが可能です。

まめネットで予約可能な検査は以下の検査です。

- ・CT検査(単純)
- ・MRI検査(単純)
- ・骨密度検査(当院との委託契約が必要です。)

予約取得後、予約サービスから出力される以下の書類を患者さんにお渡しください。

- ・予約票(骨密度検査は予約票のみ)
- ・問診票(MRI検査のみ)
- ・CTまたはMRI検査申込書兼紹介状

2. FAXによる予約の取得と検査申込み

検査(CT・MRI・パノラマCT)予約の場合

『CT検査申込書兼紹介状』(P.82)、『MRI検査申込書兼紹介状』(P.83)または『パノラマCT検査申込書』(P.84)に必要事項をご記入の上、入退院支援・地域医療連携センターあてにFAXしてください。

予約受付後、『検査予約票』をFAXでお送りしますので、患者さんにお渡しください。

MRI検査の場合は、『MRI検査説明書』と『MRI検査を受けられる方への問診票』をあわせてお渡しいただき、検査の説明等をお願いします。

検査(骨密度)予約の場合

骨密度検査は、依頼元医療機関と当院との委託契約による検査です。

契約を希望される場合は、入退院支援・地域医療連携センターにお申し出ください。

検査料の請求は後日(検査日の翌月初め)、郵送いたします。なお、測定結果は検査日の翌日に郵送いたします。

『骨密度検査申込書』(P.85)に必要事項をご記入の上、入退院支援・地域医療連携センターあてにFAXしてください。

予約受付後、『骨密度検査予約票』に記載をしてFAXをお送りしますので、患者さんにお渡しください。

栄養指導の予約について

当院での栄養指導を受けるために患者さんをご紹介いただく場合は、事前に以下の方法によりご依頼ください。

1. FAXによる予約の取得と栄養指導申込み

『外来栄養指導申込書兼紹介状』(P.86)に「患者氏名(フリガナ)・性別・生年月日・住所・電話番号および希望日・病名・目的及び症状経過・栄養指導に必要な患者情報・貴院での検査データ・指示食種」をご記入の上、入退院支援・地域医療連携センターあてにFAXしてください。

予約受付後、『島根県立中央病院外来栄養指導予約票』に記載をしてFAXをお送りしますので、患者さんにお渡しください。栄養指導の結果レポートについては、栄養指導日翌日に郵送いたします。

地域医療支援病院についての説明および登録医の申請方法

地域医療支援病院について

地域医療を担っていらっしゃるかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援し、地域医療の充実を図るために、以下の役割があります。

- ①紹介患者さんに対する医療の提供(かかりつけ医等への患者さんの逆紹介も含む)
- ②医療機器の共同利用の実施
- ③救急医療の提供
- ④地域の医療従事者に対する研修の実施

登録医について

地域の医療機関が協力・連携を図ることにより、円滑で一貫性のある最善の地域医療を提供するために「登録医制度」を設けています。登録医の皆様から紹介していただいた患者さんの治療及び退院後の治療方針等を当院主治医と共に検討していただき、患者さんにとってよりよい診療を目指すものです。

登録医になると、以下の利点があります。

- ①共同利用病床(open bed)の優先的な利用(第二担当医として診療に携わることができる)
- ②入院中の紹介患者さんへの訪問
- ③入院中の紹介患者さんの診療録、検査結果などの閲覧
- ④紹介患者さんの手術、検査等への立会い
- ⑤施設・設備の共同利用
- ⑥研修会・講習会への参加

1. 申請方法

出雲医師会事務局にある「登録医申請書」に必要事項を記載・押印され、同事務局まで提出願います。登録後、当院から「登録医証」「電子カルテ利用通知書」をお届けいたします。

2. 医師会室の利用及び電子カルテ閲覧

- ・医師会室で紹介患者さんの診療録が参照できます。
- ・医師会室は、当院の2階大研修室の前にあります。
- ・医師会室ご利用の際は、事前に入退院支援・地域医療連携センターへご連絡ください。

電話番号 0853-30-6500

診療予約申込書 (FAX)

(2021年4月改訂)

年 月 日

島根県立中央病院

入退院支援・地域医療連携センター 御中

TEL 0853-30-6500

FAX 0853-30-6508

医療機関名

医師名

TEL

FAX

※【お手数ですが現住所・電話番号等に変更がないか、患者情報の確認をお願い致します】

フリガナ	生年月日	☐ T	☐ S	☐ H	☐ R
患者氏名	☐ 男 ☐ 女	年	月	日	(歳)
患者住所					
電話番号 () -	本人携帯電話番号	-	-		
受診希望日時	月	日 ()	時	ごろ	希望
疑い病名:					
紹介目的及び症状経過:					
ご希望診療科にチェックをお願いします ※担当医師は原則受診希望日の外来新患担当医師とさせていただきます。					
☐ 総合診療科	☐ 神経内科	☐ 精神神経科	☐ 呼吸器科	☐ 循環器科	☐ 消化器科
☐ 血液腫瘍科	☐ リウマチ・アレルギー科	☐ 内分泌代謝科	☐ 消化器外科	☐ 乳腺科	☐ 脳神経外科
☐ 整形外科	☐ 心臓血管外科	☐ 呼吸器外科	☐ 腎臓科	☐ 泌尿器科	☐ 形成外科
☐ 耳鼻咽喉科	☐ 眼科	☐ 皮膚科	☐ 産婦人科	☐ 小児科	☐ 小児外科
☐ 歯科口腔外科	☐ ゲノム外来 (ゲノム外来をご希望の場合は、下記の注意書きをご確認のうえ申し込みください)				

【ゲノム外来について】

注1 保険診療での遺伝子パネル検査が可能な条件は、標準治療が終了もしくは終了見込みの固形がん（希少がんを除く）です。なお、臨床試験での遺伝子パネル検査はこの限りではありません。

注2 必ず診療情報提供書を添付のうえ、FAXにて申し込みください。（原本は予約日にご持参ください）

注3 予約申し込み受付後、診療予約受付票と問診票を返信いたしますので、患者さまへお渡しく下さい。

※問診票は事前に患者さまにご記入いただき、診療情報提供書と合わせて予約日にご持参頂くようご説明ください

ご紹介ありがとうございました。きりとり線以下を患者さまにお渡しく下さい。

きりとりせん

診療予約受付票 (診察当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、診療予約 20 分前までに紹介状及び保険証、診察券をご持参いただき、1 階総合受付「紹介状専用窓口」へお越しください。

お名前	様	I D	-	-	-
予約時間	月	日 ()	曜日	時	分
診療科	科	医師名			

注：やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をおねがいします。
ゲノム外来を受診される方は、問診票を事前にご記入いただき当日ご持参ください。

島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター

CT検査 申込書 兼 紹介状

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院

放射線科 担当医 殿

医療機関名

医師名

印

TEL

FAX

下記、患者さまの検査予約を依頼いたします

フリガナ	☐ 男	生年月日	☐ T	☐ S	☐ H	☐ R
患者さま氏名	☐ 女	年	月	日	(	歳)
患者さま住所						
電話番号 () -						
第一希望日		第二希望日		第三希望日		
☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM		
県立中央病院 診察券番号		□□-□□-□□-□		□なし □不明		
紹介目的及び症状経過： (出来るだけ詳しく)						
疑い病名						

検査部位 ☐頭部 ☐側頭骨 ☐眼窩 ☐上顎部(副鼻腔) ☐下顎部 ☐頸部 ☐胸部
☐上腹部 ☐全腹部 ☐腎尿路 ☐骨盤 ☐胸腹部 ☐大動脈 ☐大静脈
☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐仙骨・尾骨
☐上肢() ☐下肢()
 ※撮影方法等ご要望あればご記入ください
 ()

検査方法 単純

- 確認事項
- 下記のすべての項目に、必ず☑チェックをお願いします。

① 検査歴： ☐ あり ☐ なし	② ヨード過敏： ☐ あり ☐ なし
③ 喘息： ☐ あり ☐ なし	④ 妊娠： ☐ あり ☐ なし
⑤ ヒグアナイド系血糖降下剤の内服： ☐ あり ☐ なし	
⑥ 授乳： ☐ あり ☐ なし	⑦ eGFR 値：()
 - 上記の該当項目の内容により、検査の中止等を行う場合があります。
 - 検査内容についてのお問い合わせをする場合がありますので、検査当日には必ず連絡が取れるようにお願いします。
 - 3D画像作成等の画像処理は、原則致しませんのでご了承ください。

検査データ出力 ☐報告書+CD ☐報告書のみ ☐その他()

島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター
TEL 0853-30-6500

MRI 検査 申込書 兼 紹介状

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院

放射線科 担当医 殿

医療機関名

医師名 印

TEL

FAX

下記、患者さまの検査予約を依頼いたします

フリガナ	☐ 男	生年月日	☐ T	☐ S	☐ H	☐ R
患者さま氏名	☐ 女	年 月 日	(歳)			
患者さま住所						
電話番号 () -						
第一希望日	第二希望日		第三希望日			
☐ AM ☐ PM	☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM			
県立中央病院 診察券番号 - - - ☐ なし ☐ 不明						
紹介目的及び症状経過： (出来るだけ詳しく)						
疑い病名						

検査部位 ☐頭部 ☐上顎部 ☐下顎部 ☐頸部 ☐胸部 ☐上腹部 ☐骨盤部
☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐仙椎 MRA：☐頭部 ☐頸部
☐その他 ()

検査方法 ☒単純

確認事項 下記のすべての項目に必ず☑チェックをお願いします。なお、該当項目の内容により、検査を中止する場合があります。

- ①心臓ペースメーカー：☐あり ☐なし ②人工内耳：☐あり ☐なし
 ③植え込み型除細動器：☐あり ☐なし ④神経刺激器：☐あり ☐なし
 ⑤植え込み型プログラマブル注入ポンプ：☐あり ☐なし
 ⑥脳動脈クリップ：☐あり ☐なし ⑦心臓の人工弁：☐あり ☐なし
 ⑧シャントバルブ：☐あり ☐なし ⑨骨系インプラント：☐あり ☐なし
 ⑩血管内インプラント：☐あり ☐なし ⑪消化管インプラント：☐あり ☐なし
 ⑫喘息：☐あり ☐なし ⑬妊娠：☐あり ☐なし ⑭授乳：☐あり ☐なし
 ⑮透析：☐あり ☐なし

検査データ出力 ☐CD＋報告書 ☐報告書のみ ☐その他 ()

島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター
TEL 0853-30-6500

パノラマCT検査申込書

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院
歯科口腔外科 担当医 殿

医療機関

医師名

TEL

FAX

下記、患者の検査予約を依頼いたします

フリガナ	☐ 男	生年月日	☐ T	☐ S	☐ H	☐ R
患者さま氏名	☐ 女	年 月 日	(	歳)		
患者さま住所						
電話番号 () -						
第一希望日		第二希望日		第三希望日		
☐ PM		☐ PM		☐ PM		
県立中央病院 診察券番号 - - - ☐ なし ☐ 不明						
歯式：目的とする部位 「 上顎 下顎 拡大 」 ※特に要望する像 (上顎、下顎は全体、拡大は4cm程度範囲の撮影となります)						

きりとりせん

パノラマCT検査予約票

(当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、検査予約時間15分前までに検査予約票、保険証をご持参ください。
尚、診察券をお持ちの方は1階診療受付②番へ、お持ちでない方は1階総合受付へお越しください。

お名前	様	I D	-	-	-
予約時間	月	日	() 曜日	時	分

注：やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をお願いいたします

島根県立中央病院
入退院支援・地域医療連携センター
0853-30-6500

外来栄養指導申込書 兼 紹介状

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院
担当者 殿

医療機関

医師名

TEL

FAX

下記、患者の外来栄養指導予約を依頼いたします

フリガナ	☐ 男	生年月日	☐ M	☐ T	☐ S	☐ H
患者さま氏名	☐ 女	年	月	日	(	歳)
患者さま住所						
電話番号 () -						
第一希望日		第二希望日		第三希望日		
月	日	☐ AM	時	月	日	☐ AM
		☐ PM	時			☐ PM
			時			時
県立中央病院 診察券番号 ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ なし ☐ 不明						
目的及び症状経過：						
病名						
既往歴						

栄養指導に必要な患者情報

身長 () cm 測定日 年 月 日
 体重 (.) kg 測定日 年 月 日
 標準体重 (.) kg 肥満度 () % BMI (.) kg/m²
 血圧 (/) mmhg

貴院での検査データ

★直近の検査データをご持参下さい。
 ★持参ができない場合は下記に指導に関連する検査値を記載して下さい。

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

その他医師指示事項

島根県立中央病院

入退院支援・地域医療連携センター

TEL 0853-30-6500

骨 密 度 検 査 申 込 書

(2019 年 4 月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院
放射線科 担当医 殿

医療機関

医師名

TEL

FAX

下記、患者の検査予約を依頼いたします

フリガナ	☐ 男	生年月日	☐ T	☐ S	☐ H	☐ R
患者さま氏名	☐ 女	年 月 日	(歳)			
患者さま住所						
電話番号 () -						
第一希望日		第二希望日		第三希望日		
☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM		☐ AM ☐ PM		
県立中央病院 診察券番号 - - - ☐ なし ☐ 不明						

きりとりせん

骨 密 度 検 査 予 約 票

(当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、検査予約時間15分前までに検査予約票、保険証をご持参ください。
尚、診察券をお持ちの方は2階診療受付⑤番へ、お持ちでない方は1階総合受付へお越しください。

お名前	様	I D	-	-	-
予約時間	月 日 () 曜日	時	分		

注：やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をおねがいします

島 根 県 立 中 央 病 院
入退院支援・地域医療連携センター
0853-30-6500

内科系

外科系

救命救急診療部

母性小児診療部

中央診療部

医療技術局

看護局

薬剤局

入退院支援・
地域医療連携センター

その他

氏名索引

指示食種

- ☐ 糖尿病食
☐ 肥満症食
☐ 脂質異常症食
 (高コレステロール、高TG)
☐ 腎炎食
☐ 腎不全食
☐ 透析食
☐ 高血圧食
☐ 心臓病食
☐ 嚥下調整食
☐ 低栄養
☐ その他 ()

※指示栄養量

- エネルギー () kcal
 タンパク質 () g
 脂質 () g
 P/S 比 ()
 糖質 () g
 塩分 () g
 水分 () ml
 リン () mg
 カリウム () mg

★指示食種の詳細は下記の『中央病院の食種』の□にチェックをお願いします。

※指示栄養量は、特に指示がある場合にのみ記載して下さい。

なければ、中央病院の食種で設定している栄養量で指導します。

中央病院の食種

塩分		□制限なし □制限あり(6g未満)
食種	一般食	嚥下調整食 □0ゼリー □1ゼリー食 2ミキサー(□700kcal□1000kcal□1400kcal□1600kcal) 3ソフト(□700kcal□1400kcal□1600kcal) 4軟菜(□700kcal□1400kcal□1600kcal)}
	特別治療食	□糖尿病食 □1200kcal □1280kcal □1360kcal □1440kcal □1520kcal □1600kcal
		□肥満症食 □1680kcal □1760kcal □1840kcal □1920kcal □2000kcal □2080kcal
		腎臓病食※ □腎炎 (□A1500kcal□B1800kcal□C2100kcal) □ネフローゼ(□A1800kcal □B2100kcal)
		□腎不全 (□Ⅰ1500kcal □Ⅱ1800kcal □Ⅲ2100kcal)
		□透析(□Ⅰ1500kcal □Ⅱ1800kcal □Ⅲ2100kcal □Ⅳ腹膜透析1800kcal)
		糖尿病性腎症食※ □A(1400kcal) □B(1600kcal) □C(1800kcal) □D(2000kcal)
		□高血※□心臓※ □A(1200kcal) □B(1500kcal) □C(1800kcal)
		脂質異常(高コレステロール) □AⅠ(1400kcal) □AⅡ(1600kcal) □AⅢ(1800kcal) □AⅣ(2000kcal) ※LDL140以上又はHDL40mg/dl未満
		脂質異常(高中性脂肪) □BⅠ(1400kcal) □BⅡ(1600kcal) □BⅢ(1800kcal) □BⅣ(2000kcal) ※TG150mg/dl以上
		妊娠高血圧症食※ □Ⅰ(1500kcal) □Ⅱ(1800kcal)
		肝臓病食 □Ⅰ(急性肝炎初期1400kcal) □Ⅱ(慢性肝炎、急性肝炎回復期1900kcal) □Ⅲ(肝硬変代償期※鉄制限 1800kcal)
		□Ⅳ(肝硬変非代償期1800kcal) □Ⅴ(肝硬変非代償期/肝不全用栄養剤と併用の場合 1500kcal)
		膵臓・閉塞性黄疸食 □D(全粥1400kcal) □E(軟飯1800kcal)
		胆石・胆のう疾患食 □D(全粥1400kcal) □E(軟飯1800kcal)
		□潰瘍 □消化器術後 □胃切後食 □G(五分1200kcal) □H(七分1500kcal) □Ⅰ(全粥1600kcal) □J(軟飯1800kcal)
		□低残渣食 □炎症性腸疾患 □C(五分1100kcal) □D(全粥1500kcal) □E(軟飯1800kcal)
		痛風食 □A(1600kcal) □B(1800kcal)
		貧血食 □2000kcal ※Hb10g/dl以下鉄欠乏に由来するもの
		アレルギー 禁止食品名 ()

※腎臓病食、糖尿病性腎症食、高血圧症食、心臓病食、妊娠高血圧症食は塩分制限あり(6g未満)の食種です。