

ばんたねネットワーク

発行年月日 平成24年6月1日 URL <http://www.fujita-hu.ac.jp/HOSPITAL2/>

編集・発行 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院・医療連携強化委員会 乾 和郎

〒454-8509 名古屋市中区尾頭橋3-6-10 電話 代表 (052) 321-8171 医療連携センター (052) 323-5726
(052) 323-5918

巻頭の挨拶

診療記録質・管理委員会の活動内容

循環器内科教授 井澤 英夫



当院にはいくつもの委員会があり、病院運営を裏方で支えています。「ばんたねネットワーク」では、毎号の巻頭で順番に各委員会の紹介をしています。今回は、私が委員長を務める診療記録質・管理委員会について、ご紹介したいと思います。

診療記録質・管理委員会は、その名の通り診療記録すなわちカルテの内容を質高く管理することに加え、診療記録から得られる診療情報を有効に活用するシステムを維持・改善していくことを目的に、毎月、委員会が開かれています。当院では、実際にカルテの質を保ち、診療情報を有効活用するための業務を行う「診療記録管理室」が設置されています。また、院内にはカルテ管理や診療情報の有効活用専門的能力を身につけた「診療情報管理士」の資格を有する職員が15名も働いています。診療記録質・管理委員会はこれら診療記録室のスタッフと医師、看護師、臨床検査技師等から構成されています。

現在の医療は医師のみならず看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、リハビリテーションスタッフ（PT・OT・ST）、栄養士、ソーシャルワーカーなど、多くの職種が医療チームを形成

して診療を進めています。これら医療スタッフ一人一人が患者さんに関する様々な情報をカルテに記載することで、チーム全員が情報を共有して円滑な診療や看護を行うことが可能となります。また、主治医の治療方針が医療スタッフ全員に伝わるように、細心の注意を払って医師もカルテを記載することが必要です。以前は、カルテとは「医師が診療に関する事柄を英語やドイツ語で書いたわかりにくい書類」というイメージが一般的だったと思います。しかし、現在では、カルテとは医療スタッフ間で円滑なコミュニケーションを行い、患者さんの情報共有に必要な道具と考えられるようになってきているのです。

当院ではカルテが電子化・コンピューター化されています。紙のカルテとは異なり、電子カルテでは病院内のあらゆる場所からいつでも、医療スタッフはカルテを記載することが可能となり、スタッフ間で患者さんの情報共有がしやすい環境が構築されています。さらに、この電子カルテシステムを活用して、当院の診療記録管理室では診療情報管理士が、入院している患者さんの病気別の割合や入院期間等の医療情報解析を行って

ます。また、手術記録や入院要約が迅速かつ正確に作成されているか、診療情報管理士による点検が繰り返し行われています。このような診療情報の解析や高品質なカルテ維持への取り組みは、当院が目指す安心で患者さんにやさしい病院づくりに役立っています。

診療記録質・管理委員会は、診療記録管理室と協力して、電子カルテを中心とした医療情報管理システムの活用を通して、当院を受診される患者さんに最善の医療を提供し続けることができるように努めています。電子カルテを導入して便利になった反面、医師がコンピューターに指示を与える業務が増えたため、「診察室では、先生がコンピューター画面ばかり見ていて寂しい」という患者さんからの声を耳にすることがあります。医療の基本は患者さんとの良好なコミュニケーションにあることを常に肝に銘じながら、我々医療スタッフは医療情報システムを活用していきたいと思

Topics

耳鼻咽喉科

登録医の先生方には、日頃より当施設の医療連携システムに御協力頂き誠にありがとうございます。今回は話題となっているトピックスの中で睡眠時無呼吸症候群を説明したいと思います。

睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome: SAS) は男性の

約4% 女性の2% にあると推定され、日本人は顔面骨格の問題から欧米人よりそのリスクが高いと言われています。そのSASも病態から閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (Obstructive Sleep Apnea Syndrome: OSAS) と中枢性睡眠時無呼吸症候群 (Central Sleep Apnea Syndrome: CSAS) に分かれます。一般的にはOSASがほとんどで心疾患を伴うとCSASの合併率が高くなります。また肥満者は非肥満者の三倍以上の発症リスクがある

とされていますし、年齢が高くなると一般的にSASになる率は高くなりますが、60歳以上でなるSASは30-50歳代になるSASと違って、あまり生命予後に関係しないという論文もでています。SASはそれぞれ肥満、高血圧、高脂血症、不整脈、多血症、虚血性心疾患、脳血管障害、糖尿病などと強く関連し(図1)、SASと互いに悪い方向で病状がすすみ、無治療で放置しておくと、重症SASの人の約7割が死亡してしまうという恐ろしい病気です(図2)。

図1 閉塞性睡眠時無呼吸の病態生理と徴候

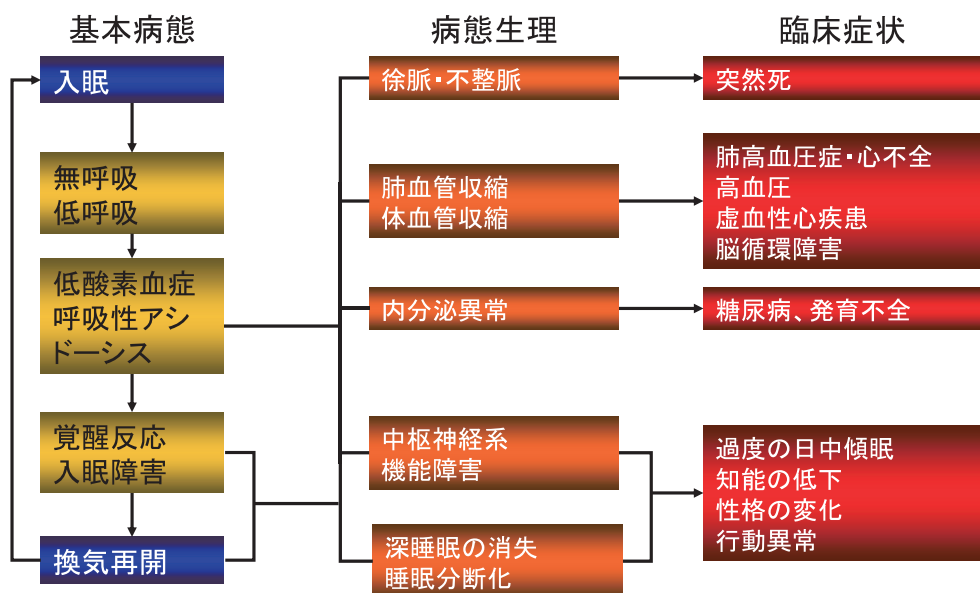


図2 閉塞性睡眠時無呼吸患者の生命予後

- 246名の無治療のOSAS患者をAIが20以下の群(n=142)とAI 20以上の群(n=104)に分けた累積生存率。
- ⇒重症の睡眠時無呼吸症候群の人は死亡率が高い。

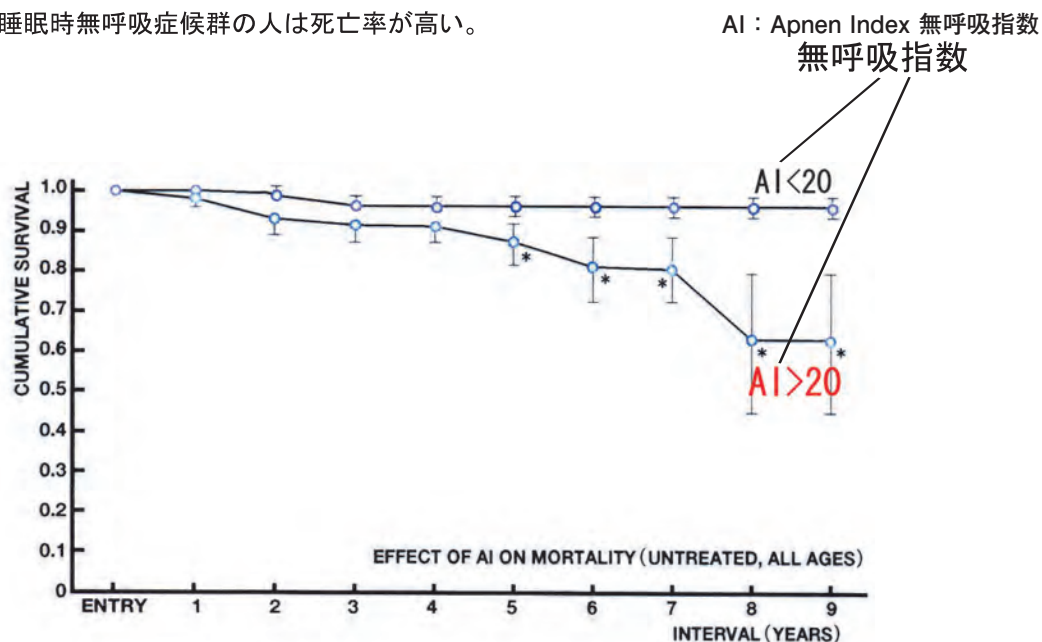
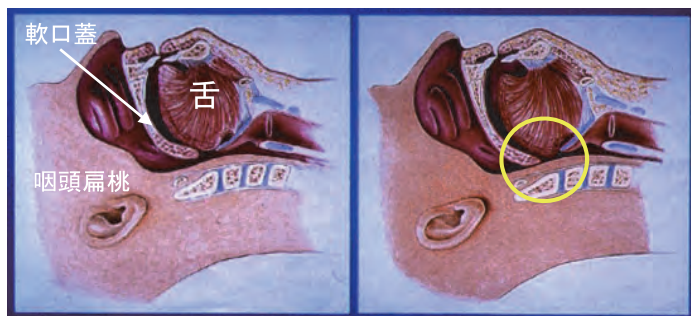


図 3 閉塞性睡眠時無呼吸の原因

OSASは、上気道の閉塞によって無呼吸、低呼吸が起きるために発症する。

<閉塞の原因>

- ①形態的異常：肥満によって気道に脂肪沈着、口蓋扁桃肥大、巨舌症、鼻中隔彎曲症、アデノイド(咽頭扁桃)、小顎症など。
- ②機能的異常：気道を構成している筋肉の保持する力が低下する。



OSASでは、軟口蓋や舌の筋緊張の低下に伴って気道を塞ぐことや、鼻閉の為に開口せざるを得なくなります。その結果、舌根部が下がり、やはり気道を塞ぐ(図3)ので、これを広げることで無呼吸が改善されます。そのため閉塞部位によって様々な治療法があります。耳鼻咽喉科の立場からでは主に外科的なアプローチとなる場合があります。つまり手術的に鼻、咽頭部を改善し、これらの閉塞を解消することになります。

また、手術適応とならない場合でAHIが20以上の方は経鼻持続陽圧呼吸療法(nasal continuous positive airway pressure: nCPAP)を導入します。

さらに、肥満が関連すると思われるものでは食事療法や運動療法などによる減量もあわせて行います。また一般的にマウスピースと呼ばれる口腔内歯科装置(oral appliance: OA)を使った治療も患者さんのOSASの重症度や顎顔面形態に応じ

て、専門の歯科医と組んで治療を行います。このように耳鼻咽喉科は鼻腔や咽頭を直接診ることができ、治療も行えることから総合的にSASを診断し、その人たちの病態に応じて治療を計画してゆくことができます。

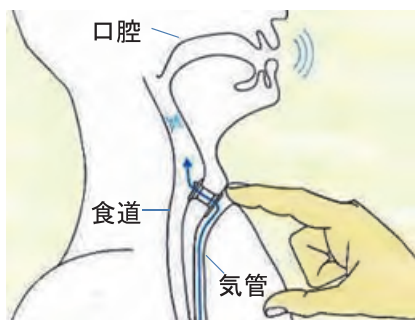
また当科では頭頸部悪性腫瘍に対して検査・診断・治療および腫瘍外来でのフォローアップ、人工内耳・聴神経腫瘍・顔面神経への対応・中耳炎をはじめとする各種中耳手術、副鼻腔炎に対する内視鏡下手術や鼻閉を代表とする鼻疾患の手術治療も積極的に行っており、昨年手術件数は731件に及んでいます。喉頭を摘出しなければならない人は、その後、比較的楽に音声回復できるようにプロヴォックス(図4, 5)という食道と気管をつなぐ管を積極的に手術で挿入し、良好な結果を得ています。このように睡眠時無呼吸症候群、頭頸部悪性腫瘍から耳・鼻・口腔・喉頭疾患に至るすべての疾患を高い水準で治療を行っています。これからもばんだね病院耳鼻咽喉科に引き続き患者さんのご紹介をよろしくお願いいたします。

(文責：中田誠一)



プロヴォックス本体

[提供：(株)名優]



シャント発声の原理

気管孔を指でふさぎ、肺から取り込まれた空気がプロヴォックスを通して食道の粘膜をふるわせて音を発生させます。

図 4 プロヴォックス



図5 プロヴォックスが実際に気管内に装着されているところ

Topics

臨床検査部

MMP-3 について

【はじめに】

MMP-3 (マトリックスメタロプロテイナーゼ-3) は、主に関節の滑膜、軟骨細胞で産生され (図参照)、この特異的基質が軟骨を構成するプロテオグリカンであることから、関節リウマチ (RA) の関節破壊に関与するものとして注目をされるようになった。

【臨床的意義】

関節破壊の予防には、早期発見と早期治療が重要とされている。血清 MMP-3 高値例で X 線上の骨破壊所見の進行が早く、低値例では進行が遅いことが確認されている。MMP-3 は MRI 上の骨髄浮腫とも相関が高く、予後予測指標としての有用性は高いと考えられる。

近年、生物学的製剤の登場など RA の治療法は目覚ましい進歩を遂げており、発病早期より適切な治療を行えば、関節破壊の進展を抑制することが可能となってきた。

また、インフリキシマブ (生物学的製剤、TNF α 抑制剤) 治療では、寛解群と非寛解群の背景因子を検討したところ、最も強い相関を示したのは MMP-3 値であることから、MMP-3 は RA 治療効果のモニタリングとして使用されている。

さらに、日本リウマチ学会の関節リウマチにおけるメトトレキサート (MTX) 診療ガイドラインでは、「投与中の有効性のモニタリングとして、炎症反応 (赤沈、CRP) や MMP-3 などの検査と医師や患者の評価を組み合わせた疾患活動性評価法 (DAS28 など) を用いて総合的に判断する。最近のタイトコントロールの観点から、治療開始時の評価は 4 - 8 週ごとに行い、治療目標と照らし合わせ、MTX 用量の調整を行う。」と表記されている。

【測定原理】

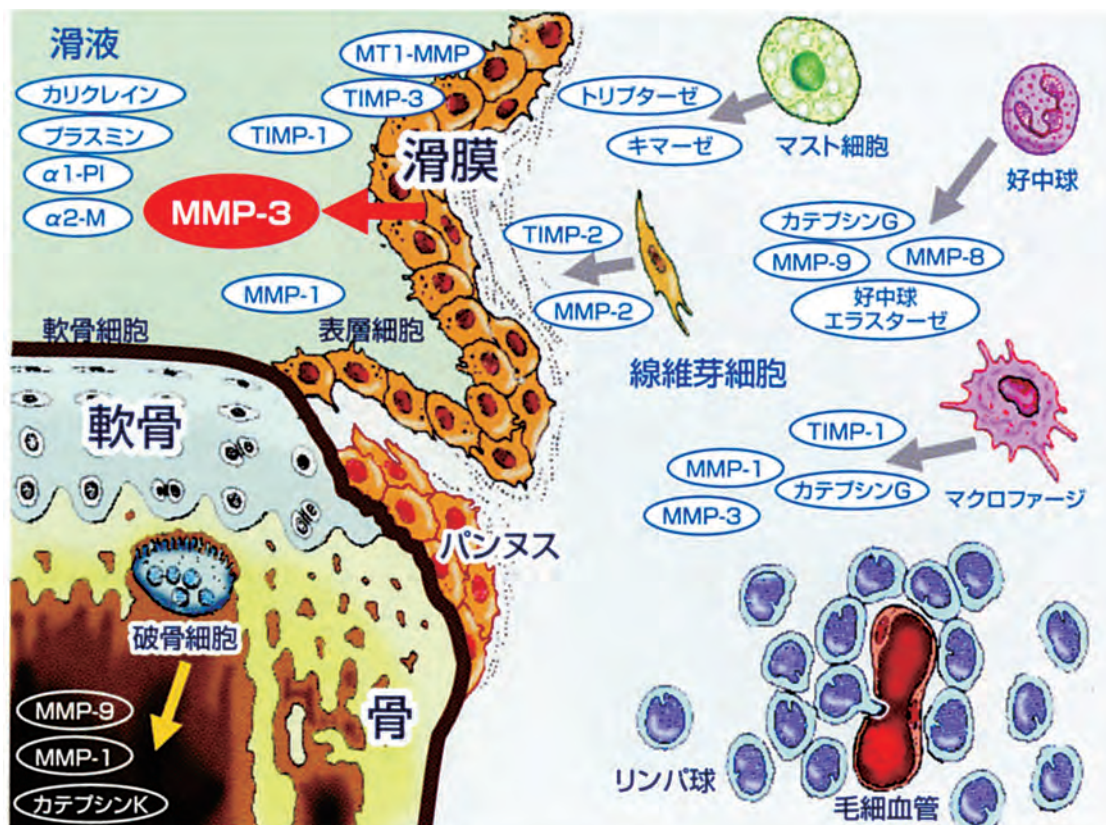
マウス抗ヒト MMP-3 モノクローナル抗体感作ラテックスと検体を反応させ、検体中の MMP-3 と感作ラテックスの凝集塊を形成させる。この凝集塊形成による濁度の上昇を、濁度の差 (吸光度変化量) として測定することにより、検体中の MMP-3 濃度を求める。

【まとめ】

MMP-3 は RA の関節破壊に関与する因子であり、RA 患者の予後を予測する因子である。また、MMP-3 は RA 患者の治療効果のモニタリングツールとして、最も重要な検査マーカーである。

当院では、血清 MMP-3 の迅速測定が可能で (所要時間 50 ~ 60 分、夜間・休日を除く)、診療前検査など医療の質向上に貢献できるものと期待される。

図 MMP-3 の産生機序



Topics

薬 剤 部

最近話題の過活動膀胱治療薬について

【過活動膀胱について】

高齢化に伴い、泌尿器領域の疾患として下部尿路機能障害が問題となっており、その中でも過活動膀胱（Overactive Bladder; OAB）が注目されるようになりました。膀胱において正常な蓄尿期ではノルアドレナリンが放出され、 β_3 受容体に結合し膀胱が弛緩し十分な量の尿がためられますが、OAB では蓄尿期においてもアセチルコリンが放出され、ムスカリン（M）受容体に結合し、排尿筋の過活動による膀胱の異常な収縮が起き、そのため十分な量の尿をためられるだけの弛緩が起こりません。このように蓄尿機能の障害により、尿意切迫感を必須とした症状症候群であり、通常は頻尿と夜間頻尿を伴うもので、切迫性尿失禁は必須ではありません。わが国では、約 810 万人の患者が存在すると推定されており、40 歳以上では人口の 12.4%と報告されています。

【過活動膀胱の定義】

過活動膀胱とは、尿意切迫感を必須とした症状症候群であり、通常は頻尿と夜間頻尿を伴うものです。切迫性尿失禁は必須ではありません。

【過活動膀胱治療薬の現状】

過活動膀胱は潜在的な排尿筋過活動状態に起因していると考えられることから、治療には主に膀胱収縮抑制作用を有するムスカリン受容体拮抗薬が使用されています。しかし、ムスカリン受容体（ M_3 ）が膀胱以外にも存在しているため口内乾燥、便秘、霧視などの副作用を伴うこと、ムスカリン受容体拮抗薬の膀胱収縮抑制作用による排尿困難、残尿量の増加および尿閉などの副作用も懸念されます。

そこで、これらの副作用がない新しい作用機序である選択的 β_3 アドレナリン受容体作動薬が発売されました。

【新たな作用機序の過活動膀胱治療薬】

口内乾燥、便秘、霧視などの抗コリンによる副作用がなく、日本で開発された世界初の選択的 β_3 アドレナリン受容体作動性であるベタニス錠が発売されましたので、今回紹介します。

〔はじめに〕

β_3 受容体は、約 20 年前に発見さ

れ、脂肪組織に多く分布することや、64 番目のトリプトファンがアルギニンに換わった変異が、肥満や糖尿病に関連することから、 β_3 受容体アゴニストは、肥満や糖尿病、糖尿病発症の優れた治療薬になる可能性があるとして注目されましたが、開発は失敗でした。しかし、1998 年頃から、ヒト膀胱平滑筋の β 受容体の 97% が β_3 であること、ヒト膀胱の弛緩が β_1 や β_2 ではなく β_3 を介すること、ラットモデルで膀胱過活動が選択的 β_3 アゴニストによって抑制されることなどが示され、過活動膀胱に有効である可能性が示されました。

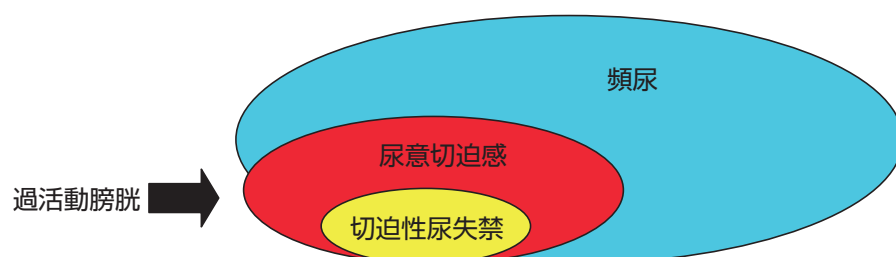
〔作用機序〕

ベタニスが膀胱の β_3 受容体に結合すると、 β_3 受容体の活性化を介して平滑筋の細胞内でアデニル酸シクラーゼが活性化し CAMP の産生が促進される。これにより、細胞内のカルシウム（ Ca^{2+} ）が低下し、膀胱平滑筋の弛緩をもたらします。

〔注意事項〕

徐放性製剤であるため、割ったり、砕いたり、すりつぶしたりしないで、そのままかますに服用すること。

（文責：山田敏也）



当院採用の過活動膀胱治療薬

薬品名	バップフォー	ベシケア	ウリトス	ベタニス
一般名	プロピペリン	ソリフェナシン	イミダフェナシン	ミラベクロン
剤 型	錠剤	錠剤	OD錠	錠剤
特 徴	抗コリン作用とCa拮抗作用により膀胱平滑筋の異常収縮を抑制。	ムスカリン（ M_3 ）受容体に選択性が高い。	ムスカリン（ M_1 , M_3 ）受容体に対して拮抗作用。	選択的 β_3 アドレナリン受容体作動薬。

Topics

脳神経外科

神経血管圧迫症候群について

神経血管圧迫症候群とは脳神経に正常血管の圧迫が加わることで、これが神経刺激症状となり各脳神経症状を来たす症候群です。

三叉神経痛、顔面けいれん、舌咽神経痛などが代表的疾患です。これらの疾患に対しては根治するには微小血管減圧術（神経血管減圧術）が有効といわれています。

当院では三叉神経痛、顔面けいれん、舌咽神経痛などの神経血管圧迫症候群に対して微小血管減圧術を行っており、当院では年間約20例程度で国内では症例数は多い施設です。手術の有効率は90%前後です。

手術は全身麻酔にて耳介の後ろに500円玉大の開頭を行い脳深部の神経を圧迫している血管を神経より剥がし圧迫を解除します。当院では原則的につり上げ法と呼ばれる方法をおこなっておりテフロン束を用いて血管を神経よりつり上げて圧迫の解除を行っています。手術の所要時間は3～4時間程度です。

顔面けいれんは術直後より消失するケースと2～3ヵ月要するケースがあります。

三叉神経痛、舌咽神経痛は術直後に消失するケースがほとんどです。

代表的疾患である顔面けいれん、三叉神経痛について症状、治療の流れについてご説明いたします。

(1) 片側顔面けいれん

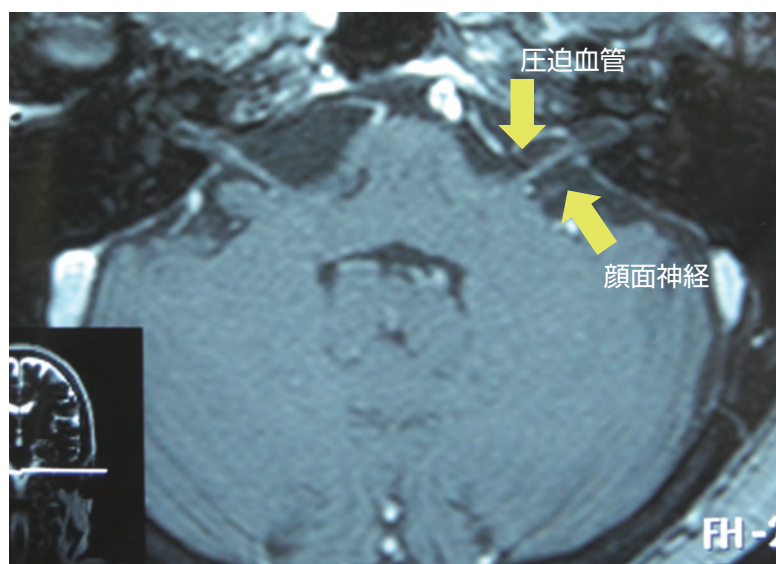
顔面の片側に生じる顔面筋の不随意運動症で女性に多いのが特徴です。

細かな律動性の痙攣（びくつき）を認め、眼瞼周囲の眼輪筋と口周囲の口輪筋の収縮を認めます。両眼を閉眼させると誘発します。必ず片側性であるのが特徴で、両側性の場合には眼瞼けいれんの可能性があり、この場合には手術は無効です。

診断は、MRIにて頭蓋内に明らかな器質疾患の有無、顔面神経の起始部に後下小脳動脈や前下小脳動脈の圧迫の確認が必要となります。

治療は、薬物治療、ボツリヌス毒素療法、手術療法が挙げられます。

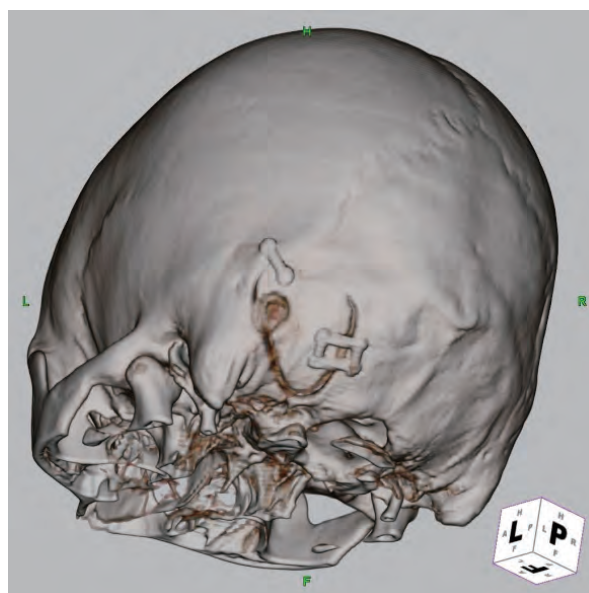
MRI（顔面痙攣）

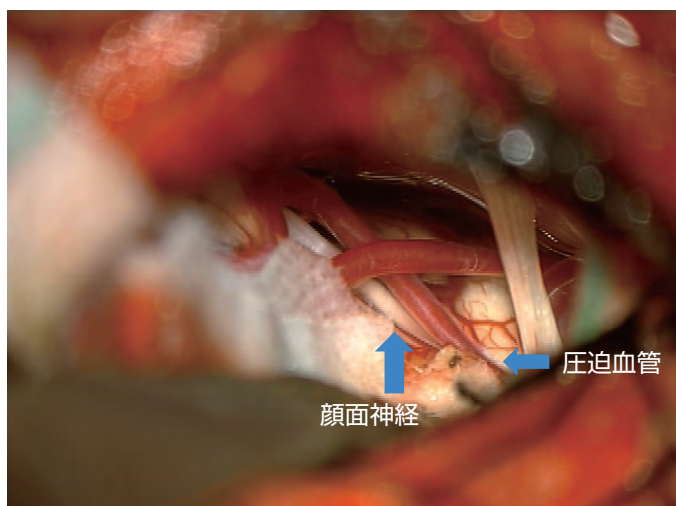


手術

開頭部位

皮膚切開





薬物療法はクロナゼパム、カルバマゼピンなどの抗痙攣剤の投与が主体となりますが、効果はやや乏しいことが多いです。近年では、ボツリヌス毒素治療が普及してきています。保険適応となり顔面の表情筋に局注を行い神経筋接合部の神経伝達のブロックを行います。効果は 3-6 ヶ月程度で、その都度追加にて注射を行います。しかし、治療回数が頻回になると効果が減弱することもあります。これらの非侵襲的治療で効果が見られない場合や根治を希望された患者さんに対しては手術治療を検討いたします。

(2) 三叉神経痛

顔面の知覚神経である三叉神経の支配領域におこる神経痛です。

洗顔、歯磨き、ひげそり、咀嚼運動をトリガーとする電撃痛が特徴です。患者様により痛みで食事摂取が

困難となり不安神経症になったり、衰弱するケースもあります。

診断は、MRI などの画像診断により三叉神経周囲の器質病変有無、三叉神経への圧迫血管の同定が必要となります。圧迫要素としては上小脳動脈、脳腫瘍、血管病変が挙げられます。治療は薬物治療、神経ブロック、ガンマナイフ治療、手術療法があります。

薬物治療では、カルバマゼピン、プレガバリンなどの薬剤が有効です。しかし、次第に効果が減弱し薬の服用量が増量してくるとともに副作用でふらつき、眠気、吐き気が出現し日常生活に支障が出てくることもあります。薬物治療で困難な場合には麻酔科にて神経ブロックをお願いします。ブロックにて良好な pain control が得られる場合もあります。(当院麻酔科でもブロック治療を行っています。)

ガンマナイフ治療は、三叉神経節を放射線にて凝固しブロックを行う治療です。現在は保険適応がないため自費診療となります。効果は緩徐で疼痛が減弱するのに半年ほど必要となります。このような非侵襲的治療で効果がない場合には手術治療を考慮致します。

神経血管圧迫症候群は機能性疾患であり、これ自体が生命にかかわるものではありません。

当院では、患者様に十分なインフォームドコンセントを行い手術適応について決定しております。このような患者様がみえましたら是非ご相談ください。

(文責：吉田耕一郎)

編集後記

いつも、『ばんたねネットワーク』をご愛読頂きありがとうございます。

本号は、各診療科のトピックスに加え、各部署からは医薬品の紹介、検査内容等を掲載してまいりましたがいかがでしたでしょうか。

今後も『ばんたねネットワーク』を通じて、医療連携を深めることができるように医療に関する情報を提供していきたいと思っています。

(山田 敏也)

「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (消化器内科)
三宅 久美子 (看護部)
木下 一男 (放射線科)

伴 直昭 (呼吸器内科)
山田 敏也 (薬剤部)
山田 絵美 (事務部)

成瀬 徳彦 (小児科)
林 悦子 (臨床検査部)

外来医師担当表

診療受付時間 午前8時30分～午前11時30分

平成24年5月1日 改訂

休診日 土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始(12月29日～1月3日)・総長の日(6月11日)・開学記念日(10月10日)

診 療 科		月		火		水		木		金		土	
内科総合(新患)		AM	廣 瀬	芳 野	志 賀	三 好	向 出	横 井(1週) 杉 下(2週) 豊 (3週) 木 下(4週) 交代制(5週)					
内科	呼 吸 器	AM	伴	畑 大 平	廣 瀬 堀 口	廣 瀬 堀 口	大 平 志 賀	桑 原 那 須					
		PM	伴	大 平	廣 瀬 堀 口	堀 口	大 志 平 賀						
	消 化 器	AM	乾 成 田 松 浦	森 若 林 細 川	三 好 小 林 井	乾 山 本 芳 野	小 林 芳 野	若 林 友 松					
		PM	乾 成 田 松 浦		三 好 小 林	乾 芳 野	小 林 芳 野						
	内 分 泌	AM	柿 澤				柿 澤						
		PM	柿 澤				柿 澤						
循環器内科		AM	藤 原 向 出	井 澤 井 波(1・3週) 藤 原(2・4・5週)	横 井 杉 下	井 澤 木 下	藤 原 豊	鎌 田					
		PM	藤 原 向 出	井 澤	横 井	井 澤 木 下	藤 原 豊 (ベースメーカー外来) 横 井(4週 隔月)						
神 経 内 科 (心療内科)		AM		野 倉			加 子						
		PM		野 倉 加 子			加 子						
精 神 科		PM		成 田									
小 児 科		AM	宇理須 小 林 成 瀬	近 藤 田 中	鈴 木(聖) 成 瀬	近 藤 (乳児健診)小 林	田 中 平 田 (アレルギー)犬 尾	宇理須 鈴 木(聖) 小 林					
		PM	(腎臓)諸 岡(1・3・5週) (アレルギー)宇理須 (アレルギー)宇理須	(アレルギー)宇理須 (アレルギー)近 藤 (アレルギー)鈴 木(聖)	(予防接種)鈴 木(聖) (予防接種)成 瀬 (予防接種)田 中	小 林 (乳児健診)田 中	鈴木(聖) (アレルギー)犬 尾						
外 科		AM	守 瀬	梅 本 (小児外科)富 重	川 辺 永 田	梅 本 荒 川	大 島 吉 田	永 田 川 瀬 (小児外科)富 重					
		PM	(減量外科)川 辺 山 口	(肛門病外来)梅 本 (小児外科)富 重		坂 野(1週) (小児外科)富 重	大 島						
形 成 外 科		AM	米 田		米 田		米 田						
脳神経外科		AM	川 瀬	吉 田(耕)	川 瀬	大 見	吉 田(耕)	大 見 長谷川(1週)					
整 形 外 科		AM	古 井 寺 田 山 田(光)	山 田(光) 小 宮	医師交代制	鈴 木(謙) 志 津(月1回) 寺 田 加 藤(慎)	小 宮 古 井	鈴 木(謙) 加 藤(慎)					
		PM	寺 田	(肩関節外来)山 田	医師交代制	寺 田 (股関節外来)安 藤(月1回)							
皮 膚 科		AM	鶴 田 伊佐見	鶴 田 伊佐見	伊佐見	鶴 田 伊佐見	鶴 田 伊佐見	鶴 田 伊佐見					
		PM	鶴 田	伊佐見	鶴 田 伊佐見	鶴 田 伊佐見	鶴 田						
泌 尿 器 科		AM	早 川	早 川	市 野	早 川	市 野	市 野					
産 婦 人 科		AM	多 田 西 尾	松 岡 西 澤	西 澤 酒 向	加 藤 松 岡	多 田 加 藤	酒 向 磯 部					
		PM	磯 部										
眼 科		AM	山 田(英) 島 田	島 田 平 野	山 田(英) 平 野	山 田(英)	中 田 平 野	島 田(1・3・5週) 山 田(2・4週) 平 野					
耳 鼻 咽 喉 科 (頭頸部外科)		AM	西 村 鈴 木(賢) 小 島	藤 澤 酒 井 山 田 鈴 木(亜)	中 田 岩 田 鈴木(亜) 八木澤 大 森(1週) 小 島 徳 田(2週)	岩 田 藤 澤 酒 井 川 勝(1・3・5週) 森 島(2週) 服 部(4週)	鈴 木(賢) 藤 澤 西 村 鈴 木(亜)	岩 田 中 田 西 村 鈴 木(亜)					
		PM	(腫瘍)鈴 木(賢)(1・3・5週) 岩 田(1・3・5週) 鈴 木(亜)(1・3・5週)										
リハビリテーション科		AM	平 岩	青 柳	青 柳 平 岩	平 岩	平 岩	平 岩					
		PM	平 岩	青 柳 小野木		平 岩							
麻 酔 科 (痛み緩和センター)		AM	湯 澤 江 崎	河 西 大 石 吉 山	洪 荒 木 篠 田	河 西 吉 山 川 端	湯 澤 佐 野 大 石	洪 ・江崎・荒木(1週) 吉山・川端・篠田(2週) 荒木・吉山・篠田(3週) 湯澤・佐野・大石(4週) 江崎・大石・篠田(5週)					
		PM	湯 澤 江 崎	河 西 大 石	洪 荒 木	川 端 吉 山	木 村 佐 野						

初診予約について ○予約を希望される場合は、医療連携センターへお申し込みください。
医療連携センター：電話(052)323-5918(直通) FAX：電話(052)323-5726(直通)
○診療予約について、本表の 網掛けは検査・手術等再来患者枠のため予約はとれませんのでご了承ください。
○予告なしに担当医が変更になる場合があります。
○心療内科、精神科は完全予約制です。なお、精神科は予め送信頂いた「診療情報提供書」の内容によってお受けできない場合があります。