

ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成24年10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 TEL: (052) 321-8171 (代)

医療連携センター (052) 323-5726・(052) 323-5918



巻頭の挨拶

救急委員会について

整形外科教授 寺田 信樹



どこの医療機関であっても患者さんは一般外来か救急外来を通じて病院に来ることになりますから、救急外来は大きな病院玄関の一つということになり、病院にとって重要な部門であります。救急委員会はその救急業務の円滑運営のための協議を行うところであります。私自身は今年の二月に救急診療部長となり運営に携わるようになりましたので、これまでの半年の経験からご紹介させて頂こうと思います。

当院は地域密着型病院として今日まで近隣の信頼を得ており、その土台の一部として救急医療は重要な位置づけであります。連携医療機関からの急患紹介、地域の患者さんが急病、急変のときに坂文種報徳會病院を受診すれば安心と思って頂けるように日々努力しているところであります。しかしながら、救急医療には莫大な人員と費用がかかるものであり、その有効利用、適正配置には多大な労力が必要とします。当院の救急診療部長としましては、前任の梅本俊治教授につづき二代目ですが、梅本教授が大変御苦労

されている姿をこれまでにそばで見えておりましたので、はたしてどのような形で発展継承すべきなのかと考えております。

当院には救急部といった独立した部門はありませんので、以下のような救急体制で運用しております。時間内の救急は当番医に先ず連絡されそこで各科に振り分けられます。当番医は必ずしも当該疾患の専門とは限りませんので、振り分け各科に相談後に受け入れ判断をする事になりますが、その際の判断をできるだけ迅速に行う必要があると考えております。時間外については当直医がすべてを判断し、診察したうえで必要に応じて各科のオンコール医師に連絡をとることになっていますが、必ずしも多くない人員で行っておりますので、安全を保ちながら行う必要があります。様々な制約の中で救急体制をできるだけ理想に近づけるにはどのようにすべきか、日々の救急業務の反省、病診連携の会合での連携医療機関の先生方からのご意見をもとに、救急に必要とされている方針を決定することが委員会の重要任務であります。

まずは安全が一番重要です。いかに迅速な判断をするかもとても重要です。そして、この両者が高い次元で実現できればそれで救急体制は一応完成したと考えて良さそうですが、そのためには、院内各科の横の連携をよりいっそう強化することが必要であり、それがひいては対外的な救急の充実につながるものと考えています。また、普段の臨床能力を高めておくことは絶対に必要であり、安全な救急医療を実現するためには常日頃の努力が求められることとなります。その上で、日頃行っている診療、治療を救急時に粛々と行える環境、制度づくりが当委員会の義務であると考えております。

せっかく多大な労力を払って行っている救急医療ですので、皆様に満足して頂けるものに改善してゆきたいと考えております。是非とも御意見、御要望をお寄せ頂ければ幸いです。

Topics

消 化 器 内 科

「早期慢性膵炎」をご存知ですか？

慢性膵炎の病態は不規則な線維化、細胞浸潤、実質の脱落などの慢性変化で、これらが膵臓全体に認められるものです。また、慢性膵炎は進行性、非可逆性であり、急性炎症が繰り返され内分泌・外分泌機能が低下していきます。慢性膵炎ではこのような長い臨床経過の中で膵石、膵管狭窄、仮性嚢胞などの合併症が発生します。一般に、慢性膵炎として確定診断されるのは、主として膵石（図 1）を伴うほど進行した症例で、しかも非可逆性で進行性であると考えられており、治療が難しい病気であると思われる方が多いと思います。しかしながら、いきなり進行した慢性膵炎になるわけではなく、画像所見で捉えることができる前の状態があるはずです。そのような考えから、画像では異常を認めないが血清アミラーゼ値上昇を認め、腹痛（背部痛を伴う）を繰り返す症例を慢性膵炎疑診として取り扱われ、経口的蛋白

分解酵素阻害薬が投与されてきました。

ただ、このような疑診例を客観的に定義することは極めて困難で、疑診例から準確定、確定例に進行するかどうかは実際のところ不明でした。そこで、2009 年、厚生労働省難治性膵疾患に関する調査研究班、日本膵臓学会、日本消化器病学会により診断基準が改訂され、その目玉の一つとして「早期慢性膵炎」が提唱されました。

診断基準によれば、早期慢性膵炎の定義は、慢性膵炎の診断項目、①特徴的な画像所見、②特徴的な組織所見、③反復する上腹部痛発作、④血中または尿中膵酵素の異常、⑤膵外分泌異常、⑥ 1 日 80g 以上（純エタノール換算）の持続する飲酒歴、の 6 項目のうち、③～⑥のいずれか 2 項目以上と早期慢性膵炎の画像所見が認められる、となっています。

ここで早期慢性膵炎の画像所見とは、超音波内視鏡検査（EUS）あるいは ERCP の所見を指しています。EUS 所見（図 2）としては 7 つの項目があります。すなわち、(1) 蜂巣状分葉エコー、(2) 不連続な分葉エコー、(3) 点状高エコー、(4) 索状高エコー、(5) 嚢胞、(6) 分枝膵管拡張、(7) 膵管辺縁高エコー、になり

ます。ERCP は術後膵炎の発生が心配されるために行われることが少なくなり、しかも EUS を行える施設は限られていますが、何とか客観的な数値として定義しようというのがこの改訂の狙いです。

早期慢性膵炎が提唱された意義の中で一番大きいのは、早期治療による治癒もしくは病状進展阻止にあります。一定の基準で診断された「早期慢性膵炎」例が本当に確定例になるのか、治療（禁酒、経口蛋白分解阻害薬、膵酵素補充療法など）によって可逆性に異常所見が消失するのか、など、未解決の問題に関する研究を進めることができます。

この概念自体まだ完成されたものではなく、標準化についても今後の検討が必要です。しかしながら、この概念が提唱されたことによって、様々な取り組みが行われていくきっかけになることを期待できます。内視鏡検査や超音波検査・CT を行っても原因がはっきりしない腹痛の患者さんで、背部痛を伴ったり、血清アミラーゼ値が上昇していたり、少しでも慢性膵炎を疑うような方がみえたら、EUS を行うため消化器内科にご紹介いただければ幸いです。

（文責：乾 和郎）

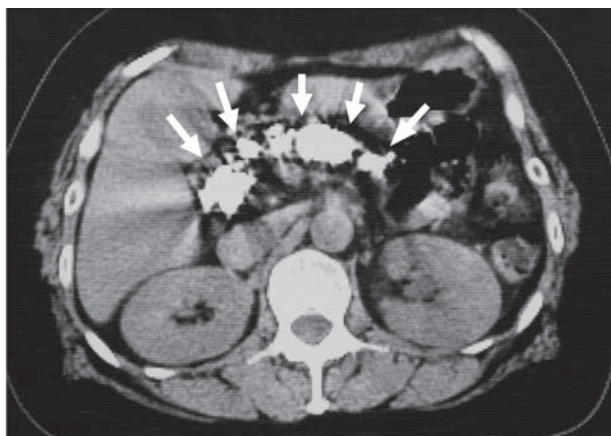


図 1 膵石の単純 CT 像
膵の占める部位に大きな膵石（矢印）が認められ、膵実質はほとんど消失している。

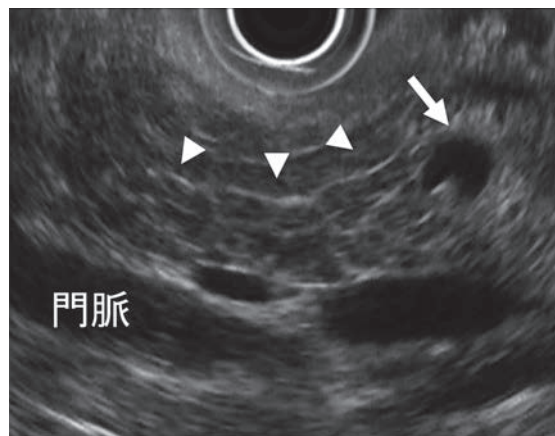


図 2 早期慢性膵炎の EUS 像
膵頭部の実質内に索状高エコー（矢頭）と嚢胞（矢印）が認められる。

Topics

外科・小児外科

腹腔鏡下肝切除術の高度医療認可について

腹腔鏡下の“大きな肝切除術”を当院が中部東海地区唯一の高度医療認可を受けました。

当院の外科・小児外科は、従来から腹部・消化器、血管をはじめとした幅広い範囲を診療していることを特長としておりますが、昨年から小児外科専門医の富重博一准教授をスタッフに加えて小児外科疾患に対する専門的な診療も幅広く行えるようになりました。同時に、最近では、従来から行われてきた外科疾患の内視鏡（腹腔鏡など）下手術を、胃、大腸、肝臓、膵臓、脾臓、胆嚢・胆管、ヘルニア、血管、肺、肥満手術とほぼ全ての疾患領域に広げて適応し、“内視鏡治療・手術センター”で「痛みが小さく体への負担が少ない外科手術」を推進しています。その中で、今回は、11月から厚生労働省の認可を得て当院で高度医療が行われることになった腹腔鏡下の“大きな肝切除術”に関してご報告いたします。

2010年4月に初めて保険診療として認可された腹腔鏡下肝切除術は、しかしながら、技術的にも、保険上においても多くの制約があり、一部の施設で外側区域切除を含む部分切除術（いわゆる“小さな肝切除術”）だけが行われている現状です。当院では、保険認可以前から独自の自費診療設定を行い、肝右葉切除・左葉切除・各種の区域亜区域切除など“大きな肝切除術”に関しても腹腔鏡下の切除を安全に行ってきました。この実績を生かして、今回、当院は全国の先進8施設（岩手医科大学附属医院、大阪市立大学医学部附属医院、大阪大学医学部附属医院、慶應義塾大学病院、熊本大学医学部附属医院、信州大学医学部附属医院、大阪医科

大学医学部附属医院、九州大学病院）とともに、厚生労働省の認可を得て、手術手技の安全な普及のための多施設共同研究も兼ねた高度医療としての「腹腔鏡下（の大きな）肝切除術」を行うことになりました。これにより、今までは入院期間のすべての診療を自費診療として負担して頂いていた“大きな肝切除術”を必要とする患者さんにも、高度医療にあたる手術手技料以外のすべての部分を保険がカバーできるようになり、患者さんのご負担を少なくできるようになりました。また、この9施設での高度医療の結果が、今後の日本での腹腔鏡下肝切除術の安全な普及と発展の礎となり、将来的には患者さん方に更なる恩恵をもたらすものと信じております。

まだ、肝臓や血管、肥満に対する内視鏡下手術は全国でも先進的な施設でしか行われておりません。婦人科や泌尿器科の内視鏡下手術と併せて、当院ほど幅広い疾患に内視鏡下手術のオプションを持っている病院は中部東海地区でも他にないものと自負しております。「痛みが小さく体

への負担が少ない＝回復が早く、社会復帰が早い外科手術」に興味がありになる方は是非一度当院にご相談いただければ幸いです。今後とも坂文種報徳會病院と外科・小児外科をどうかよろしく願い申し上げます。

（文責：守瀬善一）



肝臓の再発を繰り返して4年半の間に3回の腹腔鏡下肝切除を受けた患者さんの3回目肝切除終了時の腹部の状態。大きな切開創は全くありません。



当院の守瀬医師が執筆に参加した本邦初の腹腔鏡下肝切除術の教科書

Topics

看護部

ばんたね看護セミナー

ばんたね看護セミナーについて、紹介いたします。

楠本看護部長が藤田保健衛生大学病院から坂文種報徳會病院へ就任されたのは平成19年11月でした。その翌年、看護部目標の1つとして“地域住民への看護サービスを実践する”を掲げ、「ばんたね看護セミナー」を開始しました。

平成24年度で4年目を迎え、地域住民の方々から期待と要望などもあり、徐々に浸透し23年度の集客数は325名で増加の一途を辿っています。セミナー後のアンケート結果では、「参加して良かった」「参考になる、ぜひまたやって欲しい」「日常生活に役に立つ」「次回も楽しみにしている」と好評を頂いています。



今年の7月に開催した内容の一部をここに紹介します。

禁煙してみませんか～タバコの怖さ～

タバコを吸い始めたきっかけの多くは

- ① 好奇心
- ② 友人や恋人が吸っていたから
- ③ かっこいいから
- ④ 何となく

といった何気ないことから吸い始めています。また、タバコを吸うタイミングは、

- ① 退屈している時
- ② ストレスを感じている時
- ③ リラックスしている時

④ 集中している時

です。このタイミングを見て1日でこの4つに当てはまらない時は、まず無いと言って良いでしょう。つまり喫煙者がタバコを吸いたくなるのは「一日中」なのです。最初は気軽に吸い始め、徐々にニコチン依存に陥り、おわりには一日中手放せなくなるのがタバコです。喫煙者の6割がタバコをやめたい、減らしたいと思っていながらも、実行に至っていないのが現状です。喫煙者にとっては辛く厳しい世の中となっています。タバコを吸う場所の範囲が徐々に限定され、肩身の狭い思いをしながら、喫煙している人も多いと思います。次に示すのはタバコがなかなかやめられない人のタバコ依存評価アンケートです。一度試してみたいはいかがですか？

- ① 朝、目覚めてから30分以内で吸う
 - ② 映画館や図書館などで禁煙と決められている場所にいる時に、タバコを吸うのを我慢することが難しいと感じる
 - ③ 朝の目覚めの1本はやめにくい
 - ④ 1日16～25本吸う
 - ⑤ 午後に比べて午前中の方が多い
 - ⑥ 感冒で一日中寝ているような時にもタバコを吸う
 - ⑦ タバコを肺まで時々吸い込む
 - ⑧ いつも吸っているタバコのニコチン量は1mg～1.2mgである
- 上記の項目で7個以上、当てはまるとタバコ依存度の判定は“高い”になります。

《離脱症状と対処法について》

1. タバコが吸いたい時は
 - ・水を飲む
 - ・深呼吸をする
 - ・糖分の少ないガムや干し昆布を食べる
 - ・深呼吸や軽い運動をする
2. イライラや落ち着かない時は
 - ・リラクゼーション
 - ・禁煙後、1週間は仕事を減らす
3. 頭痛時は
 - ・足を高くして仰向けに寝る
4. 体がだるい、眠い時は

- ・睡眠を十分に取る
- ・軽い運動をする

《禁煙継続の6つのコツ》

1. タバコの害について自分なりのイメージをもつ
2. 禁煙をしようと思った理由や禁煙中の努力を思い浮かべる
3. 禁煙して良かったことを考える
4. 楽な気持ちで禁煙を続ける
5. 禁煙できたことに自信をもつ
6. 周りの人に禁煙を勧める

禁煙治療薬にはガムやパッチ、電子タバコなど様々な商品が販売されています。

この禁煙のテーマは、ばんたね看護セミナー以外に、毎月第3木曜日の午後4Aの呼吸器内科病棟で、禁煙説明会を開催しています。

ばんたね看護セミナー 今年度の開催予定を ご案内します。

- 4月：迫り来る睡眠障害！
- 5月：あなたの手洗い大丈夫？
- 6月：肥満を改善しよう 食事編
- 7月：禁煙してみませんか？
- 8月：小児の災害時の食事
～アレルギー食～
- 9月：知って得する心臓病予防
- 10月：検査は怖くない！内視鏡編
- 11月：生活習慣病 調理の工夫
- 12月：肩こり予防
- 1月：アロママッサージ
- 2月：誰でも行える心臓マッサージ
- 3月：転びにくい体作り

今後も地域看護活動は看護部の恒例行事として定期的に開催します。地域住民の皆様に定着し喜んで頂けるよう、看護部職員は日々精進しております。



(文責：8A病棟 池田幸栄)

Topics

臨床検査部

輸血用血液製剤の安全対策について

〈はじめに〉

輸血用血液製剤は、「血液法」に則り、さまざまな安全対策が講じられていますが、そのうちの 1 つ、輸血後肝炎対策を中心に紹介します。

〈輸血後肝炎〉

輸血後肝炎の診断基準を示します。

輸血後肝炎の診断基準(厚生省肝炎研究連絡協議会(1996)－改編－)

- ① 輸血後 2 週間以降 6 か月の間に、S-ALT (S-GPT) が 100 IU/L 以上の肝機能異常が初発し、継続的に 2 週間以上に及んだ場合、輸血後肝炎と診断する。
- ② 上記①の症例の中で輸血後に、HBs が陽転するか HBV-DNA が陽性化したものを輸血後 B 型肝炎と診断し、同じく HCV 抗体が持続陽転するか HCV-RNA が陽性化したものを輸血後 C 型肝炎と診断する。

〈関与するウィルスの種類〉

主に B 型肝炎ウイルス (HBV) と C 型肝炎ウイルス (HCV) が関与します。まれに E 型肝炎ウイルス (HEV) があります。

〈輸血後肝炎の頻度〉

1960 年代の肝炎ウィルスのスクリーニングがされていない時代には、輸血を受けた患者の約 50% が感染していたとされています。1972 年の HBs 抗原検査、1989 年の HBe 抗体検査と HCV 抗体検査の導入で感染者は激減し、2000 年以降の HBV、HCV の核酸増幅検査 (NAT) 導入により 1 万から 10 万例に 1 例程度の頻度となりました (図 1)。

〈感染症関連検査〉

検査項目: HBs 抗原、HBs 抗体、HBe 抗体、HCV 抗体、HIV-1,2 抗体、HTLV-1 抗体、梅毒トレポネーマ抗体、ヒトパルボウイルス B19

血清学的検査: 1970 年代には HBV の抗原検査が実施され、輸血の安全性が高められました。1986 年に HIV と HTLV-1 (human adult T cell leukemia virus-1) が、1989 年には HCV と HBe 抗体が、1997 年にパルボウイルス B19 検査が開始されました。また、2008 年から、検査判定の効率化、均一化の目的で従来の凝集法から化学発光酵素免疫測定法 (CLEIA 法) で検査が行われています。

核酸増幅検査 (NAT: nucleic acid amplification test): 検出できるまでの期間 (ウィンドウ期) の短縮を目的に 1999 年 10 月から、より高感度で鋭敏な NAT が実施されています (表 1)。NAT は、標的とする遺伝子の一部を約 1 億倍に増やして検出する方法で HBV、HCV、HIV に対して実施されます。開始当

初は 500 プール (500 人分の血清をプールして 1 検体とする) での実施でしたが、検出感度を上げるために 2000 年 2 月から 50 プール、2004 年 8 月から 20 プールに変更され、HBV に対しては、血液 (検体) 中のごく微量の HBV を検出できるようになりました (表 2)。

表 1 ウィンドウ期の比較

	血清学的検査	NAT
HBV	平均 59 日 (37~87)	約 34 日
HCV	平均 82 日 (54~192)	約 23 日
HIV	平均 22 日 (6~38)	約 11 日

表 2 核酸増幅検査 (NAT) の検出感度

ウィルスの種類	平均検出感度
HBV	3.2 IU/mL
HCV	12.4 IU/mL
HIV-1 Group M	41.8 IU/mL
HIV-1 Group O	93.7 copies/mL
HIV-2	2.0 copies/mL

〈まとめ〉

2000 年以降の輸血後 HBV 感染は、年間 4 件から 20 件であり、ほかの感染症と比較して高頻度です。NAT の感度が向上してもウィンドウ期にある血液を完全に排除することは不可能であり、患者の安全確保のためにも、輸血後 3 か月を目処に感染症検査を実施して、フォローアップに努めることが重要であると思われます。

(文責: 伊藤保博)

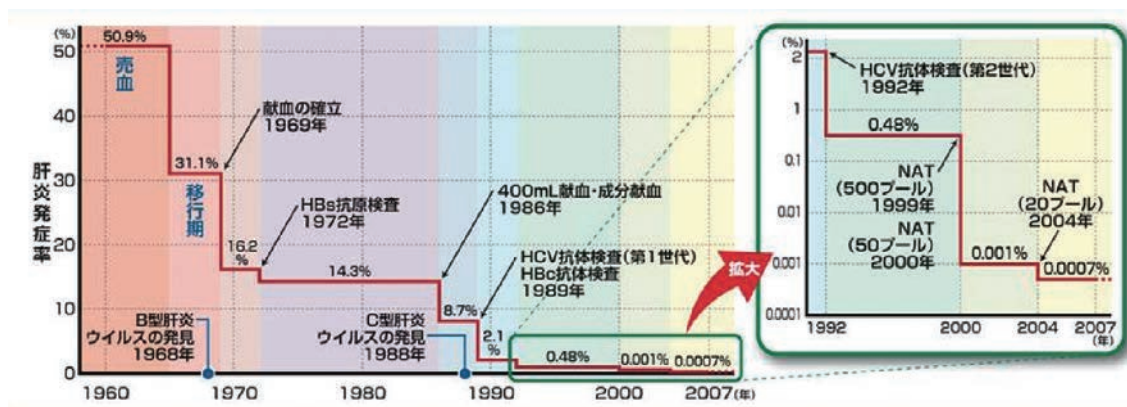


図 1 日本における輸血後肝炎の推移

Topics

薬 剤 部

アルツハイマー型認知症の薬物療法について

【はじめに】

アルツハイマー型認知症 (AD) の治療薬は 1999 年に初めてドネペジル (商品名: アリセプト 3mg、5mg) が発売されました。進行を遅らせるといった対症療法であるが、以前は AD の障害に対する薬物を用いた治療法がなかったため、この薬剤が AD の薬物療法において占める役割は大きいと考えられました。しかしながら、5mg 製剤が軽度から中等度までの適応であったため、進行性のある AD 患者やその介護者にとっては深刻な課題でした。2007 年 12 月に高度 AD に対して 10mg 製剤が発売され軽度から高度までの薬物療法が可能となり、2011 年にはドネペジルに次いで新しい治療薬が 3 剤発売され、AD の治療薬は 4 剤となり国際標準状態となりました。

今回は、当院採用 (院外専用薬を含む) の AD 治療薬の特徴と副作用による課題についてまとめてみました。

【アルツハイマー型認知症治療薬の特徴と副作用による課題】

アセチルコリンエステラーゼ (AChE) 阻害薬

- 1) ドネペジル
(商品名: アリセプト D 錠
3mg、5mg)



【特徴】

日本で開発されたアセチルコリンエステラーゼ (AChE) 阻害薬であり、「軽度及び中等度 AD における認知症状の進行抑制」の適応症にて承認された後、2007 年には重症度に関係なく「AD 症状の進行抑制」に関する適応を取得している。日本でもっとも豊富な使用実績をもつアルツハイマー型認知症治療薬である。中枢移行性が優れ、グルタミン酸の神経毒性に対する神経保護作用や海馬歯状回神経細胞の新生作用が確認されている。食事や腎機能、肝機能に影響を受けにくい薬剤であり、高齢者や介護者にとって使用しやすい薬剤である。血中半減期が 70 ~ 80 時間と長いので 1 日 1 回の投与が可能である。

【禁忌】

本剤の成分又はピペリジン誘導体に対し過敏症の既往歴のある患者

【副作用による課題】

軽度から中度の AD 患者に対する用量 (5mg/ 日) では消化器症状 (食欲減退や悪心など) であり、10mg/ 日では食欲減退や悪心のほかに嘔吐、下痢などの消化器症状がある。消化器症状は投与初期に発現しやすいが、ある程度服用することで慣れが生じ、症状が消失することが多い。そのため初期量は 3mg/ 日から開始し 1~2 週間後において認容性を確認し、有効量である 5mg/ 日に増量となっている。

- 2) ガランタミン
(商品名: レミニール OD 錠
4mg、8mg)



【特徴】

AChE 阻害作用はやや弱い、ニコチン性 ACh 受容体に作用して ACh 作用を増強する (allosteric potentiating ligand; APL) 作用があるため受容体の感受性低下による薬剤耐性を生じにくく、効果継続時間がやや長い。軽度および中等度の AD の症状 (記憶障害) の進行抑制に用いる。海外では、長時間にわたり認知機能を維持する効果が示されており、周辺症状についても、興奮、不安、脱抑制、異常行動に対して有意な効果が示されている。ドネペジルと異なり睡眠覚醒パターンに影響を与えず、夜間睡眠を悪化させない。

【禁忌】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【副作用による課題】

ドネペジルと同様に、コリン作動性作用による悪心、嘔吐、食欲不振、下痢、食欲減退などの消化器症状がある。とくに投与開始時、増量直後に多くみられ、ドネペジルよりも起こりやすい傾向がある。しかし、連用していくことで慣れが生じ症状が消失することが多い。そのため、8mg/ 日 (1 回 4mg を 1 日 2 回) から投与を開始し 4 週間後において認容性を確認後、16mg/ 日 (1 回 8mg を 1 日 2 回) に増量する。さらに、症状に応じて 24mg/ 日 (1 回 12mg を 1 日 2 回) まで増量できる。

- 3) リバスチグミン
(商品名: イクセロンパッチ
4.5mg、9mg、13.5mg、18mg)



【特徴】

アセチルコリンエステラーゼ (AChE) 阻害作用の他に、ブチリルコリンエステラーゼ (BuChE) 阻害作用を有することから脳内のアセチルコリン (ACh) 量を増加させる。しかしながら、末梢の BuChE に対する作用を持つため消化器系の副作用が多い。パッチ製剤にしたことで経口剤のような急峻な血中濃度の上昇が見られず、副作用を軽減することができた。

【禁忌】

本剤の成分又はカルバメート系誘導体に対し過敏症の既往歴のある患者

【副作用による課題】

コリン作動性作用による悪心、嘔吐、食欲不振などの消化器症状は、経口薬と比較して発現頻度が低いと考えられているが、1 日 1 回 4.5mg から開始し、4 週間ごとに 4.5mg ずつ増量し、維持量として 1 日 1 回 18mg を貼付する。また、剤型がパッチ剤のため、使用による皮膚症状（紅斑、瘙痒感、皮膚炎、浮腫、皮膚剥脱）がある。上背部、胸部、前腕部において、左右の貼付部位を変えながら 24 時間ごとに張り替える必要がある。

NMDA (N-methyl-D-aspartate) 受容体拮抗薬

1) メマンチン

(商品名：メマリ-5mg、20mg)



【特徴】

AD にはグルタミン酸神経系に機能異常が関与しており、グルタミン酸受容体のサブタイプである NMDA (N-methyl-D-aspartate) 受容体チャンネルの過剰な活性化が原因と 1 つと考えられている。本剤は、NMDA 受容体拮抗作用により、神経細胞内への過剰な Ca^{2+} イオンの流入抑制による神経細胞保護効果と、シネプティックノイズの抑制による記憶・学習機能障害抑制作用を有するとされている。さらに AChE 阻害薬と併用することにより認知機能の進行を遅延させることが報告されている。

【禁忌】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【副作用による課題】

めまい・傾眠はもっとも発現率が高い特徴的な副作用で、投与開始時から 1 ヶ月以内の漸増期間に発現する傾向が認められている。そのため、初期量の 5mg/日から投与を開始し、その後 1 週間に 5mg ずつ増量し維持量として 20mg/日を投与する。

【おわりに】

AD 治療薬は新たに 3 剤が追加され、作用機序的にも AChE 阻害や NMDA 受容体拮抗薬、剤型でもパッチ製剤といった選択肢が広がったことで治療の有用性が高まりました。しかしながら、重症度に応じて薬剤を選択しなければならないことや投与開始時に発現する副作用の早期発見とその対処を含めた投与計画を十分理解する必要があると思われます。

(文責：山田敏也)

認知症治療薬の投与可能な時期

商 品 名	軽度	中等度	高度
ドネペジル (商品名：アリセプト)	○	○	○
ガランタミン (商品名：レミニール)	○	○	
リバスチグミン (商品名：イクセロンパッチ)	○	○	
メマンチン (商品名：メマリ-)		○	○

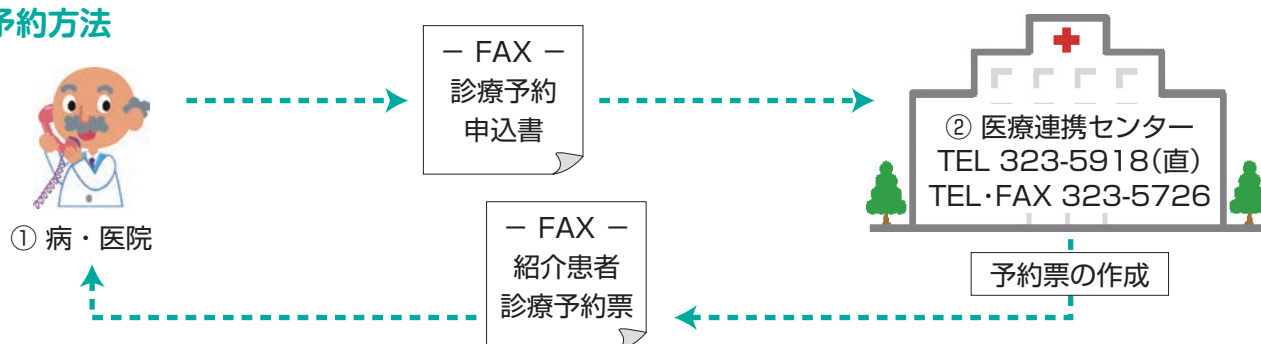
医療連携センター診療予約のご案内

平素は医療連携センターへの格別なるご厚情を賜り、厚く御礼申し上げます。登録頂いている先生の数 は 867 名 となっております。これも、ひとえに先生方のご支援の賜物と心より感謝いたしております。

さて、今回は連携窓口としてご利用の多い診療予約についてご案内いたします。患者さんが、予約されずに直接窓口に紹介状をお持ちいただいてもけっこうですが、完全予約制の科や希望の担当医の診察日でないため、当日受診できない場合もございます。あるいは、診察の待ち時間が長くなってしまう場合もありますので、医療連携の予約システムをご活用いただければと存じます。

現在ご活用頂いております「診療予約申込書」の書式を変更し、予約希望日の欄を増やし、患者情報欄など分かりやすくいたしました。以前の申込書で引き続き予約は可能ですが、新しい様式をご利用頂けたら幸いです。

◇予約方法



①「診療予約申込書」(別紙添付) を FAX (052-323-5726) 送信ください。

②医療連携センターから「紹介患者診療予約票」を FAX 返信いたします。

※当院再診(診察券お持ちの方)の紹介患者さんは「電話予約」も可能です。「診療予約申込書」の FAX を省略できます。

※患者さんからの直接申し込みは対応しておりません。必ず医療機関からお申し込みください。

※受診日当日の予約はお受けしておりませんので、ご了承ください。

※受付時間外に「診療予約申込書」を受理した場合は翌日に対応させていただきます。

※精神科は完全予約制です。予め送信頂いた「診療情報提供書」の内容によってはお受けできない場合がございますのでご了承ください。

医療連携担当：石原・井上・川口

<TEL・FAX> (052) 323-5726 (専用)

<TEL> (052) 323-5918 (専用)

連絡受付時間：平 日 午前 8 時 45 分～午後 5 時

土曜日 午前 8 時 45 分～午後 12 時 30 分

編集後記

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。本号から編集に参加している医療連携センターの川口です。今回は診療予約のご案内をさせて頂きました。これからも各科の専門性や特色を把握し、適切にご予約の案内ができます様に日々、努めてまいります。また、12月8日(土)に第12回学術講演会を開催いたしますので、多くの先生方にご参加頂けると幸いです。よりよい医療連携のために、ご意見、ご要望などございましたら、医療連携センターまでお願いいたします。(川口真由美)

「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (消化器内科)

山田 敏也 (薬剤部)

池田 美奈 (臨床検査部)

水野 幸 (MSW)

山田 絵美 (事務部)

川口真由美 (事務部)