

ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成25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 地域医療連携強化委員会 中田 誠一・乾 和郎

〒454-8509 名古屋市市中川区尾頭橋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

地域医療連携強化委員会について

耳鼻咽喉科 准教授 中田 誠一



皆さま、こんにちは。地域医療連携委員会委員長の中田誠一です。これからよろしくお願いたします。当院では病院建て替えを機に、地域医療に貢献するため、地域医療支援病院獲得を目指しています。地域支援病院とは地域の病院や診療所などを後方支援するという形での役割分担を担った病院と定義されています。この背景には、これまで長年にわたって機能してきた階層型構造の医療体制では、患者中心の医療を提供できないという反省から出てきています。階層型医療体制とは、1次医療は普段からの健康相談が受けられる、かかりつけ医を中心とした地域医療体制であり、2次医療は、入院治療を主体とした医療活動がおおむね完結する医療。そして3次医療では、先進的な技術や特殊な医療、発生頻度が低い疾病に関するものなどの医療需要に対応した医療構造です。このような階層型構造の医療体制では、地域医療はうまくいかず、今、後方支援病院による体制がより求められています。その後方支援病院となる地域医療支援病院のための承認要件は①病院の規模は原則として病床数が200床以上の病院であること。②他の医療機関からの紹介患者数の比率が80%以上（承認初年度は60%以上）

であること。あるいは紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上であること。③他の医療機関に対して高額な医療機器や病床を提供し共同利用すること。④地域の医療従事者の向上のため生涯教育等の研修を実施していること。⑤救急医療を提供する能力を有すること。となっており、このため紹介率や逆紹介率を上げてゆくために当院としては日夜、努力しています。

当委員会としては紹介をいただいた地域の病院や医院の先生に返事を早く返すとともに、それら患者さんの状態が改善したときには速やかにお返しするといったことを徹底させようとして努力しています。また当院に来てはいるが、むしろ近隣の病院や医院でしっかり診ていただいた方がよいような患者さんも近隣の病院や医院に紹介するよう進めてゆく所存です。このように地域と一体になり当院と近隣の医院や病院と役割分担をきっちり行い、周囲の病院や医院の先生に積極的に患者さんを送っていただけるような病院を目指しています。まだまだゆき足りない点が多いとは思いますが、そのような声もふくめてお聞きし、皆様にとってより良い後方支援の病院を目指しますのでよろしくお願いたします。

また年に1回、当院主催で

もに当院と連携している病院や医院の先生方との交流に主眼をおいた病診連携学術講演会を主催しています。昨年で12回を数え、当院における各科から皆様方に役にたつような講演や懇親会を催しております。ちなみに昨年度は呼吸内科から志賀守先生が「COPDについて」、眼科の平野耕治先生が「点眼薬の使い方について」の講演をし、実地医療を行っている先生方から非常に好評だったように思います。この時のアンケート調査結果で当院に対する要望としては①病院機能や診療に関する情報を知らせてほしい②紹介患者の報告を詳細にしてほしい。③紹介患者は原則戻すようにしてほしい。といったところが上位にあがってきており当委員会のこれからの役割がますます重要になるといったことが浮き彫りになったと思った次第です。これから、当院周辺の病院や医院の先生方とより、風通しのよい連携をしっかりと構築してゆく所存ですので、どうかこれからもご指導ご鞭撻のほどよろしくお願申し上げます。

Topics

眼科

小切開硝子体手術

硝子体手術（vitrectomy、ビトレクトミー）は、クロメ（角膜）の端から3.5 mm程離れたシロメ（強膜）から眼内に達する小さな孔を3つ作り、そのひとつから眼内に灌流液を補充しながら、残りのふたつから照明器具と手術器具を入れて行います。硝子体や網膜に操作を加えることにより外傷や疾患を治療する、究極の内眼手術です。放置すれば眼がつぶれてしまう（眼球癆）ような重症の眼疾患を治すことができます。

17年前、私が母校の教室で硝子体手術を学んだ頃は、硝子体手術はとても難しい、特別な手術とされていましたので、そのトレーニングに選抜されることは名誉であった一方で、覚悟を求められました。眼球破裂・増殖糖尿病網膜症・網膜剥離に施行していましたが、もともと重症の患者さんに限ってこの手術を行っていたという事情もあって、再手術をくり返して結局失明や眼球癆に至ることもしばしばあり、手術を受ける方も、施行する者もかなり疲れました。その頃の術式には、眼内に手術器具を入れる時に、創口（孔）の内側にある網膜の端の部分（鋸状縁）で網膜に孔（裂孔）ができやすい、という欠点がありました。鋸状縁のような最周辺部は、事前の眼底検査でも術中視野でも術者にとっては死角となってしまうので、この裂孔をしばしば見落してしまい、そのために生じてしまう網膜剥離には苦しみました。硝子体手術の術後には、眼内タンポナーデといって気体やシリコーンオイルで眼内から網膜に圧迫を加えて網膜の復位を促す処置を行います。そのために、患者さんにはうつむき姿勢をして頂くのですが、当時、病棟で下を向いて私の診察を待っていてくださる術後の方々が、

あたかもご自身の不運を憂いてうつむいておられるように見え、恐縮していました。

しかし歳月を経て、硝子体手術は目覚ましく進歩しています。数年前から普及した小切開硝子体手術（micro-incision vitrectomy surgery, MIVS）では、手術創に挿入したトロカール（図1）が創周囲の眼内組織を保護しますので、鋸状縁の網膜に裂孔ができることはほとんど無くなり、医原性の網膜剥離が激減しています。眼内に挿入する照明装置や手術器具は、使い捨てになり、小型化しながらも性能は格段に向上しており、術者にとって見えやすい視野の中で繊細な操作ができるのです。17年前を思えば夢のような手術です。まず失明を免れなかった深刻な眼外傷、重症の糖尿病網膜症や増殖性硝子体網膜症が、硝子体手術の成功で、相当の視機能を維持できる時代になりました（図2）。ま

た手術の安全性が向上したことにより、硝子体手術の適応になる疾患が大幅に増えています。物が歪んで見える黄斑上膜や中心がみえにくくなる黄斑円孔も、硝子体手術で治療するのが当たり前になっています。さらに飛蚊症のような、失明に至ることはなくとも、ご本人にとって悩みの種になる症状も硝子体手術で治療することを選択いただけます。

これまで当院で施行した150件の硝子体手術は総てMIVSで施行し、いずれも成績良好で医原性網膜剥離の発生はゼロでした。ただし、手術のリスクが全くなかったわけではありませんし、患者さんによっては必ずしも良好な結果が得られるとは限りません。再手術も重症例を扱う場合には、ある程度は避けられないこととされています。

今後とも、安全でご満足のいただける手術を目指し研鑽に努めたいと存じます。（文責：島田 佳明）



図1：第3トロカールの挿入

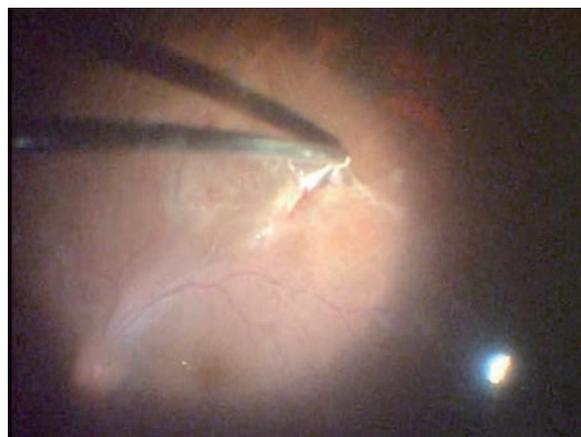


図2：増殖糖尿病網膜症の増殖膜除去

Topics

放射線科

電子カルテ更新とフィルムレスについて

東日本大震災以後、特に注目されている「医療の IT 化」は国内の標準化が進んでいます。厚生労働省が推奨するさまざまな規格に基づき、ばんたね病院は IT 化の推進に取り組んでいます。その目的は、経営や管理、医療安全、業務の効率化などですが、患者さまに直接関係するサービスとしては、待ち時間の短縮、病状をわかりやすく説明するための検査データや画像表示の工夫、紹介状の効率的な作成などがあります。

ばんたね病院は平成 19 年 4 月に電子カルテを導入しましたが、当初は職員がコンピュータ操作に慣れず、患者さまを待たせてしまう事が多くありました（どこの病院でもそうでした）。それから 5 年も経つと職員は電子カルテに慣れましたが、多くの問題が発生し、その都度、改善を重ねてきました。このたび、ばんたね病院は電子カルテ更新の時期を迎えました。平成 24 年の年末からカルテの端末が一新され、業務の処理スピードがアップしました。電子カルテ自体は変わりませんが、さまざまな新しい機能が付加されました。

その中で放射線科の大きな変化は、平成 25 年 3 月からフィルムレスになった事です。放射線科エリアで発生する全ての画像は検査直後に院内ネットワークに配信され、電子カルテから画像ビューアを起動して画像を観察することになりました。診療においては、電子カルテの検査履歴や検査一覧カレンダーから、見たい検査の画像がすぐに開くようになりました（図 1、図 2）。画像ビューアには画像観察に特化した機能があり、シャウカステンにフィルムを掛けていた頃の小さなコマ割りの画像観察に比べ、大きな画像が観察でき、表

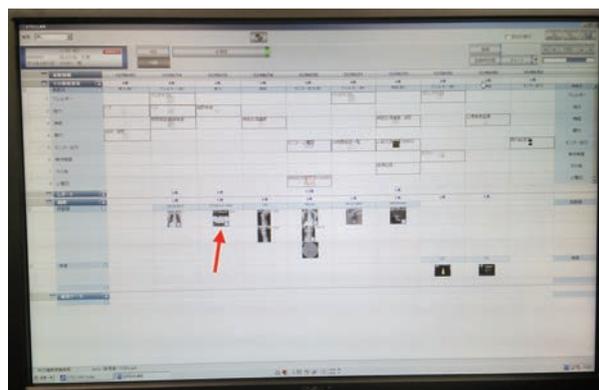


図 1 検査一覧カレンダー
検査が時系列でカレンダー表示される機能。見たい検査のサムネイル（矢印）をクリックすると画像ビューアが起動する。

示条件を変えたり、比較画像と並べたり、効率良く多くの画像を観察する事ができます。

またフィルムレスに伴い、患者さまが持参された CD の画像は、受付で院内ネットワークへ取り込み、診察時には電子カルテで画像を参照する事ができるようになりました。同時に画像用の CD 作製が可能になり、紹介状と同日に CD をお持ちいただく事もできるようになりました。

更に、三次元画像作製のワークステーションが変更され、より詳細な三次元画像の作製と配信ができるようになりました（図 3）。複数臓器の三次元データの重ね合わせや、距離や体積測定などの演算機能を持ち、配信された三次元画像はビューア上で自由に動かして見る事ができます。

これらのフィルムレスに伴う画像配信は、フィルム現像や袋を運ぶ作業がなくなり、診療の効率化に貢献しています。放射線科の IT 環境整備が、患者さまやばんたね病院をご利用いただく先生方のお役に立ちますように、これからも努力を続けてま

いりますので、宜しくお願い申し上げます。（文責：藤井 直子）

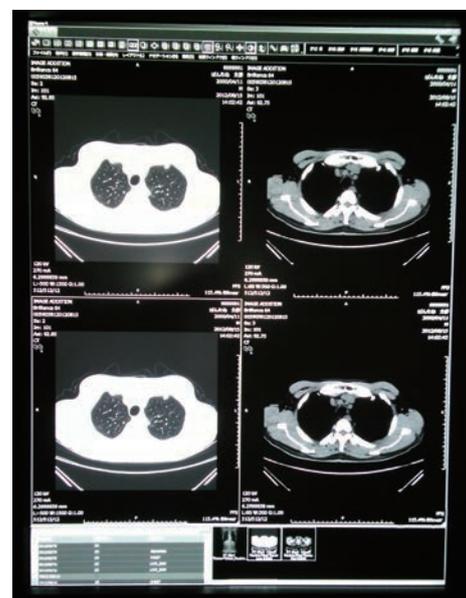


図 2 画像ビューア

画像観察のために電子カルテ端末とは別の高精細モニターが設置され、そこにビューアが表示される。

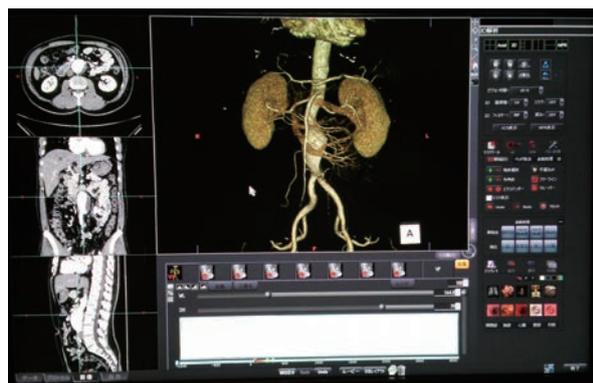


図 3 三次元画像作製ワークステーション
複数臓器の三次元データの重ね合わせや、距離や体積測定などの演算機能を持つ。

Topics

リハビリテーション科

嚥下障害の診断と治療

当科の概要

リハビリテーション科は、医学的リハビリテーションを希望する患者や各科から紹介された患者をリハビリテーション科医が診察して、病状、身体機能および生活環境に応じた適切な外来ならびに入院中のリハビリテーションを提供しています。当科は常勤医師2名、理学療法士15名、作業療法士13名、言語聴覚士3名、診療補助2名でチーム医療を行っています。

検査・治療としては、①嚥下障害の評価・治療、②痙性麻痺の評価・治療、③電気生理学的検査を得意としています。今回は、嚥下障害の評価・治療について概説します。

嚥下障害と誤嚥性肺炎

日本における肺炎の発症は年々増加しており、平成23年には肺炎の死亡率が第4位から3位に上昇し、約10%を占めるに至っています。肺炎による死亡患者の90%以上は65歳以上の高齢者であり、高齢者肺炎の多くは嚥下障害による誤嚥性肺炎です。一方、食事は高齢障害者にとって「残された最後の楽しみ」であり、高齢者や障害者のQOLを考える上で重要なキーワードです。嚥下障害が改善し、安全に経口摂取ができれば、より高いQOLが実現可能になります。このような背景で、嚥下機能の評価法、治療的アプローチ、訓練法に関するエビデンスは少しずつ蓄積されています。

嚥下障害に伴う症状

嚥下が困難になると、原因疾患に関わらず、体重が減少し、食欲が低下します。嚥下時に頻繁におせるようになり、食事時間が延長し、嚥下しやすいものを食べるなど食事内容

表 嚥下障害を疑う主な症状

- ・食欲低下
- ・嚥下時のむせ
- ・食事時間の延長
- ・食事内容の変化
(嚥下しやすいものを食べるなど)
- ・反復する呼吸器感染・発熱
- ・基礎疾患のない体重減少
- ・食べ方の変化
(一定の方向を向く、汁ものと交互に食べるなど)
- ・咽頭違和感

に変化がみられることが多いです。誤嚥のため、反復する呼吸器感染や発熱を生じることもあります。

嚥下障害の評価

嚥下機能に障害がある患者さん、誤嚥性肺炎を起こした患者さんに対して、必要に応じて嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査を行い、治療やリハビリテーションを行っています。

①嚥下造影検査

レントゲン室で車いすに座った状態でバリウムの入った数種類の検査食品を食べたり飲んだりしていただく検査です。口に入った検査食品がどのように送り込まれていくかをレントゲンで観察します。

②嚥下内視鏡検査

鼻から細い内視鏡カメラを入れて、嚥下の状態を直接観察する検査です。耳鼻科で行う喉頭内視鏡検査と同じ種類の機器を用います。喉の中にある痰などの分泌物の存在、咽喉頭の動き、食べた物が口から食道に送り込まれる様子を詳しく評価します。

嚥下障害の治療・訓練

嚥下障害の治療は、代償法と訓練法に大別できます。検査により、嚥下の状態を診断し、誤嚥がある場合はそれを防ぐための食事の姿勢、食べ方、食事の形態を決めることができます(代償法)。訓練法としては、筋力訓練としての頭部挙上訓練、食道入口部拡張を目的としたバルーン

拡張法などがあります。治療や訓練により、誤嚥性肺炎の予防や栄養状態の改善を図ることが可能となります。重度の嚥下障害の場合は、胃瘻の造設等も必要になります。嚥下障害が疑われる患者さんがおられましたら、リハビリテーション科外来にご紹介いただけましたら幸いです。

(文責:青柳 陽一郎)



嚥下造影検査



嚥下内視鏡検査

Topics

薬 剤 部

ビスフォスフォネート関連顎骨壊死について

【はじめに】

ビスフォスフォネート (BP) は骨粗鬆症治療の第一選択薬であるため骨量が減少する疾患に対して有効な治療法として使用されている。近年、BP 製剤を投与されている骨粗鬆症患者やがん患者が抜歯などの侵襲的歯科治療を受けた後に、顎骨壊死 (Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw, BRONJ) が発生し、BP 製剤と BRONJ の関連性を示唆する報告が相次いでいる。しかしながら、BRONJ の発生頻度や発生機序に関する情報が不明で、予防法や対処法も確立されていないのが現状である。

【BRONJ の発生要因】

BP 製剤に関連する骨壊死が顎骨にのみ発生する理由として、以下のように顎骨には他の骨には見られない特徴があるためと考えられる。

- 1) 歯は顎骨から上皮を被っているため、口腔内の感染源は上皮と歯の間隙から顎骨に直接到達しやすい。
- 2) 咀嚼などの日常活動により口腔粘膜は傷害を受けやすく粘膜傷害による感染はその直下の顎骨に波及する。
- 3) 口腔内には感染源として、800 種類以上、 $10^{11} \sim 10^{12}$ 個 / cm^3 口腔内細菌が常在する。
- 4) 下顎骨は上顎骨に比べ皮質骨が厚く緻密であるため BP の蓄積量が多くなり、また、骨リモデリングが活発である。
- 5) 歯性感染症 (う蝕・歯髄炎・根尖病巣、歯周病) を介して顎骨に炎症が波及しやすい。
- 6) 抜歯などの侵襲的歯科治療により、顎骨は直接口腔内に露出し

て感染を受けやすい。

【BRONJ の臨床症状】

- ・ 骨露出 / 骨壊死、疼痛、腫脹、オトガイ部の知覚異常、排膿、潰瘍、口腔内瘻孔や皮膚瘻孔など。

【侵襲的歯科治療が問題となる BP 製剤治療患者の対応】

- 1) 注射用 BP 製剤投与予定の患者
投与前の口腔衛生状態を良好に保つことの重要性を認識させる。可能であれば歯科治療が終了し、口腔状態の改善後に BP 製剤投与を開始する。
- 2) 注射用 BP 製剤投与中の患者
侵襲的歯科治療を行うことは是非についても明らかな見解は得られていない。また、BP 製剤の休薬が BRONJ 発生を予防する臨床的エビデンスもない。
- 3) 経口 BP 製剤投与中の患者
投与期間が 3 年未満で、他にリスクファクターがない場合は BP 製剤の休薬は原則として不要であり、口腔清掃後侵襲的歯科治療を行っても差し支えないと考えている。投与期間が 3 年以上、あるいは 3 年未満でもリスクファクターがある場合には判断が難しく、処方医と歯科医で主疾患の状況と侵襲的歯科治療の必要性を踏まえた対応を検討する必要がある。

BP 製剤の休薬が可能な場合、その期間が長いほど、BRONJ の発生頻度は低くなるとの報告がある。骨のリモデリングの期間を考慮すると休薬期間は少なくとも 3 ヶ月が望ましい。抜歯など侵襲的歯科治療後の BP 製剤の投与再開までの期間は、十分な骨性治癒が期待できる 2 ~ 3 ヶ月が目安となる。

【BRONJ 発生患者における BP 製剤投与】

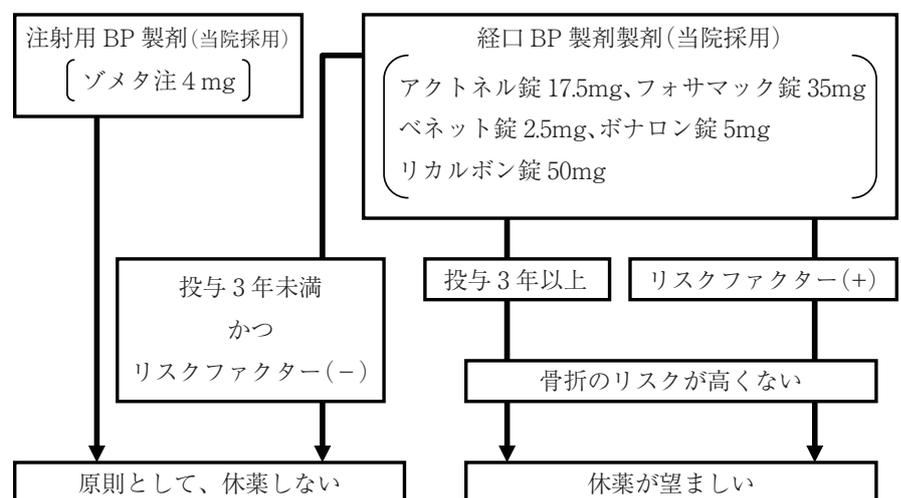
BRONJ 発生患者における BP 製剤投与については、注射用 BP 製剤投与がん患者では、注射用 BP 製剤による治療を優先。骨粗鬆症に対する BP 製剤投与患者では、BP 製剤の休薬あるいは、BP 製剤以外の薬剤への変更を考える。

【まとめ】

BRONJ 発症のメカニズムは明らかではないが、顎骨にのみ発生することから、口腔掃除を徹底することにより、BRONJ 発生頻度を低下させることができると考えられている。

(文責：山田 敏也)

BP 製剤投与中の患者の休薬について



臨 床研修センター

研修医からのひとこと

研修医センター 井澤 英夫

平成16年度から現在の新臨床研修制度が始まり、医師法で「診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する過程を置く大学に付属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において研修を受けなければならない。」と定められ、2年間の臨床研修が義務化されました。当院は厚生労働省の定める指定基準を満たすことで、独自の研修プログラムを作成し研修医の指導を行う基幹型臨床研修病院として1学年5名までの研修医を受け入れています。藤田保健衛生大学建学の精神である「独創一理」に基づき、病院理念である「常に自己研鑽を積み、病める人々に限りない共感を持って、医学の発展と高度かつ安全な医療の実践に努める」医師を育てることを目的に研修医の指導を行っています。当院の研修システムへの評価は高く、本年度は研修医採用競争倍率が愛知県内で2位となりました。非常に優秀な研修医を獲得することができています。また、豊明の藤田保健衛生大学病院の研修医で希望者は、各人1-2ヶ月程度、当院での研修を受け入れています。職員全員がお互いの顔がわかる緊密な連携がとれたチーム医療を実践できている当院の特徴を生かして、研修プログラムはプライマリ・ケア医としての基本的な知識・技術を身につけるだけでなく、医療人として必要な患者-医師関係、多職種チーム医療、安全管理、問題対応能力等が備わるように職種を問わず病院職員全員で研修医を育てていくことが当院の大きな特徴となっています。将来の地域医療の担い手として、地域の先生方からも温かいご指導を賜りますようお願い申し上げます。



研修医 詠田 真由

藤田保健衛生大学出身です。研修医になり11カ月が経ち、今まで6つほどの科を回りました。多くの先生やコメディカルの皆さんに助けて頂きながら、だいぶ仕事にも慣れてきました。

昨年卒業してすぐの5月にCBCの「イッポウ」という番組に研修医を始めたばかりの状態を紹介されました。その時は、注射がうまく入らないことを指摘されてしまいました。今では入らない方が少ないようになりました。

日々の診療や病棟での仕事をしていくうちに少しずつできることが増えてきて、自分なりに成長していることを感じています。あと2カ月で新しい研修医が入り、医師として初めて先輩という立場になります。昨年、自分が医師になった時に2年目の先輩に教えてもらったことを思いだしながら、しっかり勉強して後輩に教えることが出来たらと思っています。今後も頑張りますのでよろしくお願い致します。



研修医 錦城 晴美

私は愛知県丹羽郡扶桑町出身で、

滝中学・滝高校を卒業後、藤田保健衛生大学に入学しました。入学後6年を経て、昨年3月に大学を卒業し、4月よりばんたね病院で研修しています。

大学の時は軽音楽部に所属し、バンド活動に励んでいました。今はなかなか時間そのような時間はとれませんが、空いた時間に一人でキーボードを弾いたりして楽しんでいます。

昨年の春に研修が始まってからの1年間を振り返ると、たくさんの指導医の先生方やコメディカルの方々に日々助けていただき、このようなあたたかい職場で研修することができ幸せだなあと改めて感じています。

まだまだ頼りないところも多いかと思いますが、少しでも皆さんのお役に立てるよう頑張りますので、よろしくお願い致します。



研修医 吉田 隆純

私が研修先に選んだ病院は、地域の方々から「ばんたねさん」の愛称で呼ばれています。患者さん、指導医の先生、コメディカルのスタッフの方々皆アットホームです。大学病院の関連病院でもあり、また市中病院の特色も持ち合わせています。400床ほどの病院ですが、common diseaseを豊富に診ることができ、初期研修先には非常に適しています。

学生のときは外科系に興味はなかったのですが、ばんたね病院は研修医にも積極的に手術に参加させてもらうことができます。また、わからないことや手技が上手くできなかった

ときは丁寧に教えてもらえるので非常に勉強になります。

初めから「自分には無理だ」とか「手術は器用な人の仕事だ」といった先入観にとらわれず、自分の可能性を広げてくれた病院だと思います。将来入局する科はまだ決めていませんが、研修終了後もばんだね病院で働きたいと思わせてくれる素敵な病院です。



研修医 伊藤 文治

今回は私のことについて簡単に紹介させていただきます。私は三重県の津市出身で父が医師ということもあり、高校生ぐらいから医療に興味を持ち始め、父のような医師になりたいと思い、藤田保健衛生大学医学部に入学し、平成 23 年度同校を卒業、平成 24 年度から藤田保健衛生大学病院の第 2 教育病院であるばんだね病院で研修生活をスタートしました。

なぜ私がばんだね病院を研修先の病院に選んだのかというと当院は腹腔鏡による手術などの最先端医療を行う大学病院の側面がある一方で、地域密着型であり医師と患者さんの距離が非常に近く、また病院の大きさも程よい感じで医師とコメディカル間や研修医と上級医間でのコミュニケーションも取りやすい環境がある市中病院の側面もあり、研修するにあたって最適な環境と思ったからです。

研修生活もそろそろ中間地点に差しかかりましたが、精一杯頑張っていきたいと思っています。



研修医 大屋 貴裕

私は愛知県名古屋市出身で、父が医師であり、漠然とですが医療の仕事に興味を持ち医師になりました。現在勤務している、ばんだね病院を初期研修先に選んだ理由をあげてみます。

他科との垣根が低く、アットホー

ムな雰囲気があること。この点に関しては、ローテート先ではもちろんのこと、ローテートしていない科の先生とのコミュニケーションがとりやすく、特に時間外での症例の相談がしやすいので、初期研修医にとって非常に勉強になっています。また、最先端医療を行う大学病院でありながら、患者さん、コメディカルの方との距離が近く、初期研修医が働きやすい環境にある市中病院であると感じたからです。

まだまだ至らない点はたくさんあるとは思いますが、ご指導のほど、よろしくをお願いします。

HEARTFUL MEDICAL SERVICE

都心に位置する中核病院として高度な医療技術を導入し
充実した地域先進医療を提供していきます

**藤田保健衛生大学
坂文種報徳會病院**

医療連携センター検査予約のご案内

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。

さて、前号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した。また同封いたしました新しい様式の診療予約申込書をご予約の際にご利用いただきましてありがとうございます。

今号は医療連携センターで予約可能な検査についてご案内いたします。取り扱い検査項目は以下の通りです。

担当診療科	検査種類	実施日・時間
消化器内科	上部消化管内視鏡 (EGD)	月曜日～土曜日 午前9時～11時
	腹部超音波 (US)	
	上部消化管透視 (UGI)	
整形外科	骨塩定量 (DEXA)	月、火、木、金曜日の午前中
眼 科	静的視野検査 (ハンフリー)	火、水、木曜日 午後3時～4時30分
	静的視野検査 (ゴールドマン)	月、木、金曜日 午後2時30分～4時
	眼筋機能精密検査 (HESS)	月～金曜日 午後2時30分～4時30分
放射線科	CT 単純	月～金曜日：午前9時～午後5時 土曜日：午前9時～午後12時
	MRI 単純	

◆予約方法

- ・「医療連携検査連絡票」と「診療申込書」をFAX(052-323-5726)送信ください。
- ・希望される「検査項目」、「検査希望日時」、「患者情報」等をご記入ください。
- ・第3希望日までご記入ください。
- ・当院再診(診察券お持ちの方)の紹介患者さんは「診療申込書」の省略が可能です。

◆注意事項

- ・上部消化管内視鏡、腹部超音波、上部消化管透視は前日の夜9時以降は絶飲、夜12時以降は絶食です。
- ・MRI検査に関しては、大きな磁石の中に長時間入って検査が行なわれるため、体内金属の有無など患者さまの状態により検査ができないことがありますので、ご了承願います。また、閉所恐怖症や長時間の静止ができない場合、妊娠または妊娠の疑い(妊娠12週以内は禁忌)、刺青(変色、火傷のおそれがあります)等により検査ができない場合がありますので、ご確認願います。

【担 当】医療連携センター：石原・井上・北村

<TEL> (052) 323-5918・(052) 323-5927

<FAX> (052) 323-5726 FAX専用回線になりました

<Eメール> hp2m-net@fujita-hu.ac.jp (医療連携センター専用)

編集後記

ばんたねネットワークをご愛読いただきありがとうございます。

常日頃より医療ソーシャルワーカー(MSW)の立場から、独居、身寄りなし、高齢者夫婦などの後方支援の相談が増加し、様々な問題を抱えている方をどのように地域で支えていけるのか、更なる連携の必要性を感じております。

各診療科の取り組みが地域医療を支えて頂いている先生方の連携の一助となればと願っております。

今後ともよろしくお願いたします。

(MSW 水野)

「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)

伊藤 薫 (薬剤部)

北村 祐也 (事務部)

加藤 裕子 (MSW)