

#) 広島市立舟入病院への紹介の流れ

医療連携室手順

■受付時間

平日 午前8:30～午後5時

註:上記以外の時間外・休日の急患については時間外救急で対応させていただきます。

■通常の流れ

紹介医

1. 紹介状を連携室あてにファックスしてください。
(医療情報提供書1枚目)
2. 紹介状(医療情報提供書2枚目)を患者さんにお渡しください。
来院時、保険証、紹介状を忘れずにご持参いただくようお願いください。



舟入病院
医療連携室

1. 患者さんと連携室間で電話による日程調整を行います。
その他、案内なども併せて患者さんにご連絡します。
2. 紹介医へは受診予定日時等をファックスでご連絡します。
(紹介患者受付確認票)



舟入病院
医療連携室

- ・ 紹介患者さんが来院されます。
紹介状、保険証を忘れずにご持参ください。
- ・ 患者さんが受診されたことを紹介医へファックスでご連絡します。
(紹介患者受診報告書)



紹介医

■直接担当医へご紹介いただく場合

紹介医

- ・ 電話等で直接、担当医へご連絡ください。



舟入病院
担当医

1. 担当医から診察日時を回答します。
 2. 患者さんに保険証、紹介状をもって受診するよう説明をお願いします。
- ・ 患者さん
来院されましたら、初診総合受付に紹介状、保険証などを提出してください。

医師会会員各位

②

舟入病院医療連携室からのご案内

謹啓

先生方におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、職員一同心より厚く御礼申し上げます。

当院医療連携室では昨年、各診療科のご案内に加え各種検査（放射線検査・内視鏡検査など）や緩和ケア病床・外科迅速手術・ヘルニアセンター・腹水治療センター・胆のうセンター等につきまして、先生方にご紹介をさせていただきました。

特に、ヘルニア関連手術（小児外科を含む）におきましては、地域の先生方からのご紹介もあり、年間手術件数が400件を超えております。

また、当院放射線科では平成25年12月にMRI装置を1.5テスラの最新機器に更新いたしました。機器の詳細及び検査のご予約につきましては、別紙をご確認ください。

さて、当院は来年度（平成26年4月予定）独立行政法人への移行を予定しております。これに伴い医療連携室は、医療支援室へ組織改編いたします。

今後も地域の先生方・患者様のお役に立てるようより一層精進してまいりますので、本年も何卒ご指導・ご鞭撻を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

お気付きの点やご意見などございましたら、当院医療連携室までお寄せいただくか、当院の外訪担当者がお伺いした際に直接お申し付けください。

なお、お電話・FAXでの受付時間は平日8:30~17:00となっております。

時間外・休日のお問い合わせにつきましては、翌日（休日明け）のご連絡となりますので、あらかじめご了承ください。

広島市立舟入病院 医療連携室

TEL : 082-232-6123 FAX : 082-232-6125

広島市立舟入病院 昼間の診療案内

〒730-0844 広島市中区舟入幸町14-11 TEL: 082-232-6195 FAX: 082-234-7302

平成26年1月14日改正

診療科	受付時間		月	火	水	木	金	土	日
内科	8:30~11:00	1診	山本 <small>流産・ピロリ菌除菌</small>	上綱	新谷	新谷	新谷	休診	
		2診	柳田	柳田	柳田	柳田	上綱		
		3診	安武	長尾 <small>睡眠呼吸障害</small>	長尾	山本 <small>流産・ピロリ菌除菌</small>	安武		
	4診								
	5診		糖尿病専門外来 (午前) 前田			糖尿病専門外来 (午前) 岸本			
	4診 5診	17:30~20:00	担当医	担当医	担当医	担当医	担当医		

主な専門分野	担当医	主な専門分野	担当医
呼吸器	柳田・上綱 安武・長尾	糖尿病	前田・岸本
消化器	山本	血液	新谷

- ※ 内科医師は、内科専門分野と一般内科の診療を行っております。
- ※ 当院内科は、予約患者様が優先となっております。午前中は混雑が予想されますので、予約されていない方は、受付時間が12:30~15:00の受診をお勧めします。
- ※ 胃カメラ、大腸検査、CT、MRI、エコー等の検査は予約制となっております。

診療科	受付時間		月	火	水	木	金	土	日
小児科	8:30~11:00	1診	藤井	神経外来 兵藤	大西	石原	高本	24時間 救急診療	
		2診	原	玉田	下菌	佐藤	梅本		
	月曜・水曜・木曜 12:30~15:00 火曜・金曜 12:30~16:00	1診	神経外来 兵藤	下菌	小島	大西	小島		
		2診	石原	梅本	佐藤	原	玉田		
				乳児健診	予防接種				
小児外科 外科	8:30~11:00	3診	市川	津村	金廣	市川	日野	休診	
		4診	金廣	埴越	日野	山岡	津村		
	3診	12:30~15:00	山岡				埴越		

主な専門分野	担当医
神経・けいれん	兵藤
循環器(心エコー)	大西・高本
感染症	下菌
喘息・アレルギー	藤井
一般小児	小島・佐藤・原 石原・玉田・梅本
小児外科・新生児外科	市川・山岡
一般外科・消化器外科	津村・日野・金廣・埴越

- ※ 当院小児科は、予約患者様が優先となっております。
- ※ 乳児健診は予約なしで受けることができます。母子手帳を必ずご持参下さい。
- ※ 予防接種(BCG、ヒブ、ロタ、ポリオ、肺炎球菌、B型肝炎)は予約制となっております。その他の予防接種は、予約なしで受けることができます。母子手帳を必ずご持参ください。

小児皮膚科 : 毎週 水曜 12:30~16:00 担当医: 田中
※難治性の小児アトピー疾患を中心とした外来です。

小児心療科 : 月曜~金曜 08:30~11:00 月曜・水曜・金曜 13:00~15:00 担当医: 黒崎・世木田・永澤
※小・中・高校生を対象として、不登校・摂食障害・神経症・PTSD(心的外傷ストレス障害)などに対する外来診療を行っています。
診療は予約で行っていますので、まず電話でご相談ください。

TEL 082-232-6195

ペインクリニック : 月曜・水曜・金曜 8:30~11:00 担当医: 佐々木
※対象となる疾患は帯状疱疹・顔面麻痺・腰痛症(ぎっくり腰)・五十肩・神経痛・頭痛・多汗症などです。
痛みに悩んでおられる方は我慢せずに一度相談にお越しください。

外来の初診予約について

下記診療科は、予約制となっております。その他の診療科は予約不要です。

予約制の診療科	予約受付時間	予約連絡先	TEL	FAX
外科	平日 8:30~17:00	医療連携室	232-6123	232-6125
小児外科				
小児心療科		当院代表	232-6195	234-7302
睡眠呼吸障害専門外来	平日 15:00~17:00			

■ 外科・小児外科

紹介状(診療情報提供書)と予約申込書を連携室宛にFAXにてお送りください。

紹介状の内容を確認後、連携室と患者様との間で日時の調整をさせていただきます。

日時が確定しましたら、ご紹介医様へFAXにてお知らせいたします。

■ 小児心療科・睡眠呼吸障害専門外来

当院代表電話にご連絡ください。(舟入病院代表 082-232-6195)

各科外来にお継ぎしますので、日時等の調整を行ってください。

※睡眠呼吸障害専門外来は、お電話での受付時間が限られておりますのでご注意ください。

上記の診療科以外の外来につきましては、事前予約不要となっております。

下記受付時間内に、ご紹介医様からの紹介状(診療情報提供書)をお持ちの上ご来院ください。

診療科別受付時間

診療科	受付時間	
	午前	午後
内科	8:30~11:00	12:30~15:00
外科	8:30~11:00 ※木曜休診	金曜のみ 12:30~15:00
小児科	8:30~11:00	月・水・木 12:30~15:00 火・金 12:30~16:00
小児外科	月・木 8:30~11:00	月曜のみ 12:30~15:00
小児心療科	8:30~11:00	月・水・金 13:00~16:00 火・木 15:00~16:00
小児皮膚科		水曜のみ 12:30~16:00
ペインクリニック	月・水・金 8:30~11:00	

予約制の診療科について(内科・小児科以外)

5

<p>■ 受付時間</p> <p>平日 8:30~17:00</p>	<p>舟入病院 医療連携室</p> <p>TEL:082-232-6123</p> <p>FAX:082-232-6125</p>
---	---

■ 通常の流れ

ご紹介医様

書類記入後
連携室へFAX
(FAX:082-232-6125)



舟入病院
医療連携室



患者様
当院受診



舟入病院
医療連携室



ご紹介医様

1. 下記書類に必要事項をご記入の上、診療情報提供書(紹介状)と一緒に当院連携室宛てにFAXでお送りください。

■ 必要書類

書類
・検査予約申込書(FAX送付票)
・診療情報提供書(紹介状) ※当院規定の診療情報提供書(紹介状)様式ではなく、各医療機関規定の様式のものでも構いません。

2. 診療情報提供書(紹介状)を患者様にお渡しください。

1. 患者様と連携室間で、電話による日程調整を行います。その他、ご案内なども含めて患者様にご説明いたします。
2. ご紹介医様へは受診予定日時等を、FAXでご連絡いたします。(紹介患者受付確認票を送付いたします。)

※患者様が来院される際にご持参いただくもの

- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・保険証
- ・お薬手帳又は、お薬の現物
(現在服用中のお薬のある方のみ)
- ・当院診察券(お持ちの方のみ)

患者様が受診されたことを、ご紹介医様へFAXでご連絡いたします。(紹介患者受診報告書を送付いたします。)

当院担当医からご紹介医様へ返書を郵送又は、受診時患者様に直接お渡しさせていただきます。

■ 緊急を要する場合は、下記まで直接ご連絡下さい。

診療科	連絡方法
内科	<ul style="list-style-type: none"> ・連携室宛てに診療情報提供書(紹介状)と身体状況確認書をFAXしてください。 ・担当医が受け入れ可能か判断をし、連携室よりご連絡させていただきます。 <p style="text-align: center;">連携室直通FAX 082-232-6125</p>
その他 (内科以外)	<ul style="list-style-type: none"> ・当院代表番号に直接ご連絡ください。 <p style="text-align: center;">代表TEL 082-232-6195</p>

外来診察・検査予約申込書(FAX送付票)

診療情報提供書(紹介状)と一緒に、医療連携室宛てにFAXでお送りください。
 ※内科・小児科は予約不要です。診療時間内に紹介状をご持参の上ご来院下さい。

紹介元	所在地	所属科
	医療機関名	TEL
	担当医師	FAX
依頼内容	<input type="checkbox"/> 診察 希望科 () 科) 希望日 (第1: 月 日 曜日) (第2: 月 日 曜日)	
	<input type="checkbox"/> 検査 検査名 () ※電話予約時に決定した予約日時を下記にご記入ください。 予約日時 (月 日 曜日 時 分)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

患者様基本情報

フリガナ		性別
患者様氏名		男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)	
住所 電話番号	〒 - - 電話(- -) 携帯(- -)	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (登録番号)	

入院予約手順

⑦

<p>■ 受付時間</p> <p>平日 8:30~17:00</p>	<p>舟入病院 医療連携室</p> <p>TEL:082-232-6123</p> <p>FAX:082-232-6125</p>
------------------------------------	---

■ 通常の流れ

ご紹介医様

書類記入後
連携室へFAX
(FAX:082-232-6125)

下記の書類に必要事項をご記入の上、診療情報提供書(紹介状)と一緒に当院連携室宛てにFAXでお送りください。

■ 必要書類

書類
・入院申込書(FAX送付票)
・身体状況確認書
・診療情報提供書(紹介状) ※当院規定の診療情報提供書(紹介状)様式ではなく、各医療機関規定の様式のものでも構いません。



舟入病院
医療連携室

上記書類を当院担当医が確認し、受入可能であるか判断をします。その結果を、連携室より紹介医様にご連絡させていただきます。



患者様
当院受診

※患者様が来院される際にご持参いただくもの

- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・保険証
- ・お薬手帳又は、お薬の現物
(現在服用中のお薬のある方のみ)
- ・当院診察券(お持ちの方のみ)



舟入病院
医療連携室

患者様が受診されたことを、ご紹介医様へFAXでご連絡いたします。



ご紹介医様

当院担当医からご紹介医様へ返書を郵送させていただきます。

■ 緊急を要する場合

診療科	連絡方法
内科	・連携室宛てに診療情報提供書(紹介状)と身体状況確認書をFAXしてください。 当院担当医が受け入れ可能か判断をし、連携室よりご連絡させていただきます。
	連携室直通FAX 082-232-6125
その他 (内科以外)	・当院代表番号に直接ご連絡ください。 代表TEL 082-232-6195

④

広島市立舟入病院 医療連携室 行

FAX:082-232-6125

入院申込書(FAX送付票)

診療情報提供書(紹介状)、身体状況確認書を一緒にFAXでお送りください。
折り返し、医療連携室よりご連絡させていただきます。

紹介元	所在地	所属科
	医療機関名	TEL
	担当医師名	FAX
依頼内容	<input type="checkbox"/> 本日入院	
	<input type="checkbox"/> 入院予約	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診察後、入院の可否を決定	
	当院医師への連絡 (済 ・ 未) ※連絡済の場合のみ、下記に当院担当医師名をご記入ください。 当院担当医師 ()	

患者様基本情報

フリガナ		性別
患者様氏名		男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日	(歳)
住所 電話番号	〒 -	
	電話(- -) 携帯(- -)	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (登録番号)	

