

医療法人 博仁会 第一病院

医療連携マニュアル

診療・検査の御依頼・ご予約、お問い合わせなどは
地域医療連携室までご連絡ください。

地域医療連携室（直通）

TEL 027-362-1801

FAX 027-362-1814

※ 休診日（日曜・祭日・年末年始（12/30～1/3まで））は 027-362-1811（代）
での対応となります。



医療法人博仁会 第一病院 医師名簿

診療科目	氏名	フリガナ	職名	専門分野
外科	佐藤 和徳	サウ カズノリ	院長	外科
	佐藤 泰然	サウ ヤスナリ	理事長	外科
	金野 恒明	コンノ ツネアキ	副院長	外科
	佐藤 浩司	サウ コウジ	外科医長・医局長	外科
	横山 和宣	ヨコヤマ カズノリ	麻酔科医長	外科
	森 怜子	モリ サコ		形成外科
整形外科	岸 正人	キシ マサト	名誉院長	整形外科
	長田 純一	オサダ ジュンイチ	副院長	整形外科(股関節)
	田中 茂雄	タナカ シゲオ	整形外科医長	整形外科(膝関節)
	細谷 知花	ホノヤ チカ		整形外科
	長谷川 伸	ハセガワ シン		整形外科
	笠原 進	カサハラ スム		整形外科
	齊藤 健一	サイトウ ケンイチ		整形外科
大倉 千幸	オクラ チカユキ		整形外科	
内科	関 敏克	セキ トシカツ	内科部長	循環器内科
	田村 耕成	タムラ コウセイ	総合診療部長	内科
	前澤 晃	マエザワ アキラ		内科
	松崎 正	マツザキ タダシ		漢方内科
	佐藤 真人	サウ マヒト		内科
	田村 知子	タムラ トモコ		内科
	山口 眞男	ヤマグチ マコト		内科
	坂本 浩之助	サカモト ヒロノスケ		内科
	木村 孝穂	キムラ タカホ		内科
	中沢 次夫	ナカザワ ツギオ		呼吸器内科
	磯部 八郎	イソベ ハチロウ		物療内科
脳神経外科	黒岩 雅哉	クロイワ マサヤ		脳神経外科
	登坂 雅彦	トサカ マサヒコ		脳神経外科
泌尿器科	海老原 和典	エビハラ カズノリ		泌尿器科
	北浦 宏一	キタウラ コウイチ		泌尿器科
皮膚科	笹平 摂子	ササヒラ セツコ		皮膚科
	土岐 清香	トキ サキカ		皮膚科
放射線科	松本 満臣	マツモト ミツトミ		放射線科
歯科	岸 秀人	キシ ヒデト		歯科
	岸 絵里	キシ エリ		歯科

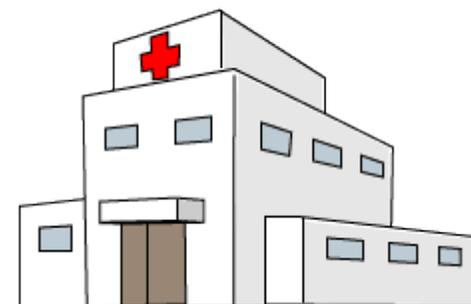
平成 25 年 4 月 1 日現在

～ご予約までの流れ～



紹介元様

地域医療連携室まで添付の「診療依頼書」を
FAXにてお申込み下さい。



第一病院



予約状況を確認し、ご返答いたします。
FAXにて「予約通知書」を送信いたします



以上で事前予約は完了です。

患者様に、紹介状と予約通知書をお渡し頂き当日は
「受付窓口」へご提示いただくようご説明ください。

地域医療連携室

TEL 027-362-1801 (直通)

FAX 027-362-1814 (直通)

受付時間 9:00～17:30 (日曜、祝祭日および年末年始を除く)

夜間対応 027-362-1811 (病院代表)

受託検査について

当院では、各種検査のご依頼を承っております。**(予約制です)**

地域医療連携室が窓口となり、FAXでのご予約となります。

出来る限り患者様のご希望に沿える予約調整を行います。

なお原則として、ご依頼の検査のみを実施させて頂き、結果をお渡し致します。

内視鏡

胃内視鏡検査

※鼻から行う内視鏡も可能です。

大腸内視鏡検査

※両検査ともに、検査結果は即日お渡しすることが可能です。

胃ろう（PEG）交換

鼻から行う内視鏡検査には、こんな特徴があります。

負担が少ない

内視鏡は鼻にスムーズに挿入できる約5mmの細さ。従来の内視鏡と比べて、大幅な細径化を実現しました。



おう吐が起きにくい

内視鏡が舌のつけ根を通らないので、吐き気をほとんど感じずに検査を受けることができます。



会話ができる

検査中も会話が可能のため、質問したいときには、自由に医師とお話できます。



注意事項 患者様によっては鼻からの内視鏡検査が受けられない場合があります。診察時に担当医師とご相談ください。

放射線

CT検査 検査可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

MRI検査 検査可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

※読影結果はおおむね3～4日後のお届けとなります。

※検査結果はCDとなります。

胃透視（MDL）検査 検査可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

マンモグラフィ検査 検査可能日時：火・金

腹部エコー検査 検査可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

※検査結果は即日お渡しすることが可能です。

心エコー検査 検査可能日時：月・火・木・金

（他の曜日をご希望の場合はご相談ください）

※検査結果はおおむね2～3日後のお届けとなります。

骨塩量測定 検査可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

高圧酸素治療 実施可能日時：月～土（水、土は午前のみ）

適応疾患：腸閉塞、脳塞栓、急性末梢血管障害、重症の急性脊髄障害、突発性難聴 等



《予約受付時間》

月～金 9：00～17：30（日曜、祝祭日および年末年始を除く）

《地域医療連携室 直通》

電話 : 027-362-1801

FAX : 027-362-1814

資料一覧

1. 予約資料

●【当院専用診療情報提供書（兼予約通知書）ご利用の手引き 資料①】

ご紹介頂く際にご参照下さい。記入見本も添付いたします。

2. 放射線科検査資料

検査をご希望の場合、検査前に診察があります。

●『造影剤使用検査を受けられる方へ 資料②』

当院で造影剤使用検査を行う場合、患者様にお渡しする資料です。

造影剤使用をご希望の場合、当院から予約通知書と共にFAXで送信しますので、患者様にお渡し頂き、事前にお読みいただくようにご説明下さい。

また、検査に際して患者様より同意書をいただいております。

同意書については検査当日に当院医師より患者様に説明し、ご署名頂きますので御了承下さい。

3. 内視鏡検査資料

検査をご希望の場合、検査前に診察があります。

●『胃（胃カメラ）を受けられる方へ 資料③-1』

●『大腸（大腸カメラ）を受けられる方へ 資料③-2』

●『内視鏡検査ご予約の際のお願い 資料④』

当院で内視鏡検査を行う場合、患者様にお渡しする資料です。

内視鏡検査について患者様にご理解いただくための資料になります。

当院から、予約通知書と共にFAXで送信しますので、患者様にお渡し頂き、事前にお読みいただくようにご説明下さい。

また、検査に際して患者様より同意書をいただいております。

同意書については検査当日に当院医師より患者様に説明し、ご署名頂きますので御了承下さい。

医療法人博仁会 第一病院 地域医療連携室
当院専用診療情報提供書（兼予約通知書）ご利用の手引き

- ・本書は当院にご紹介頂く際にご利用下さい。
(貴院でご使用の書式がある場合はご利用頂かなくても構いません)

「診療・検査依頼書」兼「予約通知書」

・診療・検査依頼書

必要事項をご記入の上、FAXを送信ください。

・予約通知書

予約日時を決定し、FAXで返信いたしますので、患者様にお渡しください。

また、受診当日に当院の[受付窓口](#)にご提示いただくようご説明下さい。

診療情報提供書（第一病院提出用）

ご記入いただき、控えを患者様にお渡しください。

検査依頼の場合のみ、必須の記入事項があります。(検査依頼時

チェックシート参照



※検査のみご利用の場合

- ◆CT・MRI検査においては、後日CDと放射線専門医による読影結果をお届け致します。
- ◆内視鏡検査においては、原則、検査当日に結果を患者様にお渡ししております。

病理検査が必要となる患者様につきましては、後日病理結果報告書と共に、今後の方針について検査医報告書と合わせてお届け致します。

ご不明な点等がございましたら地域医療連携室までお問い合わせください。

見本

FAX用 診療・検査依頼書

3-1 (FAX送信用)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人 博仁会 第一病院

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

貴院の情報を記入ください

外 科

担当医 先生 (希望医師)

受診・検査 希望日	第1希望 ○月 ○日
	第2希望 ×月 ×日

フリガナ	ダイイチ タロウ	男 女
患者氏名	第一 太郎	
生年月日	明・大・昭・平 20年 4月 1日生 (△△)歳	
住所	〒〇〇〇-△△△△ TEL 027 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
診療・検査 希望内容	平成〇〇年〇月×日より物忘れ、今までとは違った行動をとることがあること がある。家族より認知症精査を希望している為、MRI精査希望	
検査項目	1. CT (造影剤 有・無) ②MRI (造影剤 有・無)	3. 内視鏡
検査部位	①脳 顔面/副鼻腔 頸部 胸部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 関節 () 四肢 () その他 ()	胃・大腸

いずれかに○をつけて下さい。

※保険証・各受給者証のコピーと共にFAXして下さい。保険証等がない場合は貴院のカルテ1号紙をFAXにてお送り下さい。

<第一病院記入欄>

診療・検査予約通知書

当院で記入致します。

下記のとおり () 様の予約受付が完了しました。(患者様にお渡し下さい。)

検査予約日：平成 年 月 日 () 時間 :	
検査項目	CT・MRI (造影剤 有・無) 内視鏡 (胃・大腸)
検査部位	

<患者様へお知らせ>

持参して頂くもの：紹介状、保険証、予約通知書 (本書)

受付 : 受付窓口にお越し下さい。

※ (CT・MRI検査で造影剤を使用する場合は検査前の禁食をお願いします)

FAX : 027-362-1814

見本

3-2 (第一病院提出用)

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人 博仁会 第一病院

放射線 科

ご担当医 先生

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

貴院の情報を記入ください

フリガナ	ダイイチ タロウ	男 女
患者氏名	第一 太郎	
生年月日	明・大・昭・平 20年 4月 1日生 (△△)歳	
住所	〒〇〇〇-△△△△	
	TEL 027 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
【疾病名・既往歴及び家族歴】 平成〇〇年〇月〇日十二指腸潰瘍で加療		
【症状経過・治療経過・検査結果】 〇〇医院にて□□薬を処方されている。以後、投薬は当院にて継続中。 最近、左手のふるえが強いとの事です。MRI検査 (VSRADを含め) の必要があるかと思われます。 よろしくお願い致します。		
【現在の処方】 ① 〇、②××、③△△、④□□		
持参資料	(無)・有 レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録・他 ()	

※必要がある場合は、別紙に記載して貼付して下さい。

・心エコーをご希望の場合は心電図記録 (コピー可) があれば持参下さい。

資料② ご予約いただいた場合、予約通知書と

FAXで送らせていただきますので、患者様へお渡しください。

造影剤使用検査を受けられる方へ

より詳しい診断を行うために造影剤を使用することがあります。以下の注意点をよく読んでおいて下さい。不明な点はお問い合わせ下さい。

(1) 造影剤について

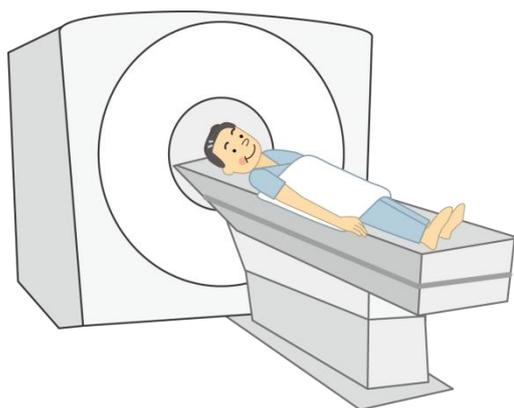
血管に注射して血管やいろいろな臓器を見やすくする薬です。腫瘍などの病巣も染まってわかりやすくなったり、染まり具合から病気の性質が判定できたりします。

(2) 副作用・合併症について

造影剤の副作用には注入直後から数分以内に生じる即時型と、注入から数時間～数日以内に発生する遅発型とがあります。全体の3%になんらかの副作用の出現が報告されていますが、多くのものは熱感、かゆみやじんましん、嘔気といった軽度なもので治療を必要としません。まれに冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックなどの重篤な副作用も出現しますが、その頻度は0.1～0.01%です。また極めてまれに(25万～30万人に1人)重篤なショックにより死亡する報告もあります。重篤な副作用の場合は後遺症の残る可能性もあり、入院での治療が必要となることがあります。

※ 副作用や合併症などが生じた場合は、医師や看護師が適宜対応させていただきます。

※ 過去に造影剤で副作用のあった方、アレルギー(特に喘息)、腎臓機能の低下している方、重症の甲状腺疾患にある方などは造影剤が使用できなかったり使用に制限が加わることがありますので、お申し出ください。



※ 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますのでご安心ください。

※ 注射をしているところに痛みまたは、違和感がある場合は、造影剤が漏れている可能性がありますのでお申し出ください。

《お問い合わせ先》

電話 : 027-362-1811

胃内視鏡検査（経口・経鼻）を受けられる方へ

●胃内視鏡検査（胃カメラ）とは？

・口または鼻から内視鏡を入れ、食道、胃、十二指腸を観察します。必要に応じて、生検（組織の一部をとること）があります。

●検査の前には？

検査前後の内服や注射については、医師・看護師の指示に従って下さい。

	検査前日（夕食）	検査当日
食事	午後9時まで 消化の良いもの	飲食は控えて下さい

※タバコはお控え下さい。

※お薬内服中、インスリン注射をされている方はお申し出下さい。

●検査の流れは？

来院時	検査前
受付に紹介状をお渡し下さい	胃の中の泡を取り除くお薬を飲み、のどに麻酔をします。 胃の動きを抑える注射をします。

※注射の影響で、目がかすんだり、口が渴いたり、胸がどきどきすることがありますが、だんだん収まります。

※心臓病、緑内障、前立腺肥大症、糖尿病がある方、お薬アレルギーの方はお申し出下さい。

- ・ベルトなど身体を締め、付けるものは、ゆるめます。
- ・入れ歯は外します。



- ・検査台に左を下にして横になり、マウスピースをくわえます。
- ・のどに麻酔がきいていますので、つばは飲まないようにします。

※身体力をぬき、ゆっくり静かに呼吸をしましょう。落ち着いて検査を受けましょう。
検査は数分で終わります。

●検査の後には？

検査後
・検査後1時間、飲食・車の運転はお控え下さい。

※生検された方は、当日の飲酒、運動はお控え下さい。

※機器は洗浄・消毒しているため、基本的に感染症（B型・C型肝炎ウイルス等）がうつる心配はございません。

何かご不明な点がございましたら、
ご遠慮なくお申し出下さい。



大腸内視鏡検査（大腸カメラ）を受けられる方へ

●大腸内視鏡検査（大腸カメラ）とは？

肛門から大腸ファイバーを挿入し、大腸の粘膜を観察する検査です。

●検査の前には？

同意書・説明書をよく読み、検査前後の内服や注射については、医師・看護師の指示に従って下さい。

	検査前日（夕食）	検査当日
食事	午後9時まで 消化の良いもの 夜に下剤を内服	朝食は取らず 水（コップ1杯）のみ可

※タバコはお控え下さい。

※お薬内服中、インスリン注射をされている方はお申し出下さい。

●検査の流れは？

来院時	検査前
受付に紹介状をお渡し下さい	液体の下剤を約2時間かけて飲みます。 数回の排便があります。便汁が透明になれば完了です。 お尻に切れ目のある紙パンツと検査衣に着替えます。

※便の状態、排便回数を教えて下さい。

※心臓病、緑内障、前立腺肥大症、糖尿病がある方、お薬アレルギーの方はお申し出下さい。

- ・検査台で横になり、肛門に麻酔のゼリーを塗り、内視鏡を入れます。
- ・腸の動きを抑える注射をします。

※腸に空気が入るためおなかが張りますが、おならが出ると良くなりますので、我慢せずだしまししょう。痛みがあれば教えてください。

※身体の力をぬき、ゆっくり静かに呼吸をしましょう。落ち着いて検査を受けましょう。検査は数分で終わります。

●検査の後には？

検査後
・当日、車の運転、飲酒、運動はお控え下さい。

※機器は洗浄・消毒しているため、基本的に感染症（B型・C型肝炎ウイルス等）がうつる心配はございません。

何かご不明な点がございましたら、
ご遠慮なくお申し出下さい。



内視鏡検査ご予約の際のお願い

●『胃内視鏡検査（経口・経鼻）を受けられる方』へおよび、『大腸内視鏡検査（大腸カメラ）を受けられる方へ』を患者様にお渡し頂き、事前にお読みいただくようご説明下さい。

●患者様への検査説明は、検査当日当院にて行います。

※検査に際して患者様より同意書をいただいております。

●検査前日に内服するため、以下のご処方をお願い致します。

プルゼニド2錠 ガスモチン2錠 検査前日就寝前

※なお、検査当日に内服する経口腸管洗浄薬等は、当院で処方させていただきます。

●検査前の内服薬、特に経口血糖降下薬、抗血栓薬、インスリンなどにつきましては、その中止等のご指示をお願い致します。なお、参考までに資料を添付致します。

<参考> 内視鏡を受ける際に注意する薬剤と中止期間

一般名	主な商品名	休止時期
ワルファリンカリウム	ワーファリン	4日前
チクロピジン塩酸塩	パナルジン	7日前
クロピドグレル硫酸塩	プラビックス	4日前
シロスタゾール	プレタール	3～4日前
イコサルペント酸エチル	エパデール	7日前
ベラプロストナトリウム	ドルナー	2日前
リマプロストアルファデクス	プロレナール	1日前
サルポグレラート塩酸塩	アンプラーグ	2日前
アスピリン	バファリン	7日前
ジピリダモール	ペルサンチン	休薬なし

●検査にて、内視鏡的切除術の適応があるポリープが見つかった場合、原則として検査当日には施行せず、患者様にご説明の上、後日改めて施行させて頂くことにしております。

ご了承頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

F A X 用 診 療 ・ 検 査 依 頼 書

3 - 1 (F A X 送 信 用)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人 博仁会 第一病院

_____科

_____ (希望医師)

紹介元医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名 _____

受診・検査 希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日

フリガナ			男・女	
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 () 歳
住所	〒 TEL			
診療・検査 希望内容				
検査項目	1. CT (造影剤 有・無) 2. MRI (造影剤 有・無)	3. 内視鏡		
検査部位	脳 顔面/副鼻腔 頸部 胸部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 関節 () 四肢 () その他 ()		胃・大腸	

いずれかに○をつけて下さい。

※保険証・各受給者証のコピーと共にFAXして下さい。保険証等がない場合は貴院のカルテ1号紙をFAXにてお送り下さい。

< 第一病院記入欄 >

診療・検査予約通知書

下記のとおり () 様の予約受付が完了しました。(患者様にお渡し下さい。)

検査予約日：平成	年	月	日 ()	時間	:
検査項目	CT・MRI (造影剤 有・無)		内視鏡 (胃・大腸)		
検査部位					

< 患者様へお知らせ >

持参して頂くもの：紹介状、保険証、予約通知書 (本書)

受 付 : 受付窓口にお越し下さい。

※ (CT・MRI 検査で造影剤を使用する場合は検査前の禁食をお願いします)

F A X : 0 2 7 - 3 6 2 - 1 8 1 4

検査依頼時チェックシート

検査依頼される場合は、記入をお願い致します。

CT検査 (造影剤 有 ・ 無)

検査部位 脳 顔面／副鼻腔 頸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎
腰椎 関節() 四肢() その他()

造影剤希望時のみ記入

クレアチニン値 (2.0 以上 ・ 不明 ・ 1.9 以下)
薬剤・造影剤アレルギー 無 ・ 不明 ・ 有 ()
感染症 無 ・ 不明 ・ 有 ()

MR I 検査 (造影剤 有 ・ 無)

検査部位 脳 顔面／副鼻腔 頸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎
腰椎 関節() 四肢() その他()

造影剤希望時のみ記入

クレアチニン値 (2.0 以上 ・ 不明 ・ 1.9 以下)
薬剤・造影剤アレルギー 無 ・ 不明 ・ 有 ()
感染症 無 ・ 不明 ・ 有 ()
安全なMR I 検査のためのチェックリスト(別紙)記入 済 ・ 未

※検査前に診察となります。

- ・クレアチニン値が 2.0 以上の場合は造影剤を用いた検査はできません。(単純CT・MRIは可)
- ・以下の糖尿病治療薬を服用されている場合は、検査前日まで2日間休薬して下さい。

[ビグアナイド系塩酸メトホルミン製剤、メルビン、グリコラン、メデット、ジベトス
ジベトンS、ネルビス、メトリオン、メオホルミン塩酸塩「トーワ」、塩酸ブホルミン「ミタ」]

内視鏡

検査部位 胃 ・ 大腸
腹部手術歴 (－・不明・＋) 心疾患 (－・不明・＋) 緑内障 (－・不明・＋)
前立腺肥大 (－・不明・＋) 糖尿病 (－・不明・＋)
抗血栓剤 (－・＋) () 内服中止 (－・＋) 月 日 ～ 中止
薬剤アレルギー 無 ・ 不明 ・ 有 ()
気管支喘息 無 ・ 不明 ・ 有 感染症 無 ・ 不明 ・ 有 ()