



医療・福祉相談の対応の流れ



患者・ご家族、地域支援者、医療機関、施設、行政など

相談内容（想定されるもの）

*直接診療や治療方針に関することは病棟・Dr.へ。医療安全の案件は院内からのみ依頼を受ける。

- ・経済面に関すること
- ・介護保険や福祉制度利用に関すること
- ・ケアマネ等との連携に関すること
- ・就労支援に関すること

など

- ・在宅医療の相談、調整
- ・療養先（転院等）の相談、調整
- ・地域の医療機関との連携、相談
- ・がんに関する相談

など

院内の医師・看護師・リハビリ・
事務等他職種から案内、依頼

地域連携・入退院支援センター

- ①連絡を受けた者が緊急性・患者情報・相談内容等を確認する
- ②相談内容に応じ対応者を確認する

緊急性あり
当日対応可能

当日対応可能困難

①来院している場合

(1) 地域連携・入退院支援センターへ案内し
対応(適宜外来・病棟へ行き、面接場所を確保し
対応する)。

②電話対応の場合

- (1) 担当者が引き継ぎ、対応
- (2) 話の中で必要時面接日程調整

① 来院している場合 ②電話対応の場合

⇒次回面接日の調整

電話対応で可能なものは改めて連絡

患者:

生年月日:

【プログレスノート】 2025/06/17(火) 11:24

呼吸内 外来

03版: 2025/06/17(火) 12:51 MSW)

国保7本

作成: 2025/06/17(火) 11:24 作成者: MSW)

呼内外来Dr.より依頼有り面接(本人、妻)

主任Ns、MSW

(妻)「今すぐというわけではないんですが、なんて言ったらいいか…この間色々(訪問診療や訪問看護などの在宅医療の話)聞いたのですが、その時は夫は休んでいて聞けていなくて、説明が聞けたら、と思ったんです」と。

(既にケアマネとサービスの調整はしているようだが、うまく本人に伝えられていない。という事のように)

【背景】

妻と2人暮らし。娘(静岡、神奈川。共に就労と家庭あり。未就学児もいる)

【本人の思い】

「病院に長くかかっていた。そこで何度も咳が出て苦しいことを伝えたのに何もしてもらえなかった。今年3月ようやく紹介されて に行ったときにはもうこんな(肺癌のステージIV)事になっていて、不信感が強い。それでかかりつけを変えたくて日光医療センターに来た。今の薬は軽いものだと思っている。大して効いていない気がする。でもまだしばらくは通院して継続したいと思っている。」

* 既にケアマネが動いているので、支援プランを共有するのがよさそう。訪問診療については説明するが、主治医がこれ以上増えるのは得策でないので、「通いきれなってきたら主治医を変える」という方向性を提案。訪問看護については平時の状況を把握してもらっていた方が有事の際の相談、対応をお願いしやすいので今のうちから導入しておくのはよいプランだと思う、とお伝え。妻より「明日その人たちが来てくれるんです。そこでもっとよく聞いてみます」と。

* 当院からもケアマネへ連絡し、連携を図ることをご了解いただく。

(S) 主任NsよりDr. へ報告。

MSW よりケアマネ()へ連絡。

→「妻、娘どちらもご本人には強くお話し出来ないようで、サービス導入の説明をどうするか苦慮していました。今回病院側にも訪問看護導入のプランに賛同いただけて有り難いです。」と。

訪問看護ステーション が明日訪問してしてくれる、とのこと。

訪問診療はご本人の状況をみながら時期を検討していく。

患者

生年月日:

【プログレスノート】 2025/07/14(月) 13:50

消化内 外来

02版: 2025/07/14(月) 15:56 MSW)

国保7本

作成: 2025/07/14(月) 13:50 作成者: MSW)

#

緩和Nsより依頼

「在宅医等の説明を受けたい」とのこと。

(妻、次女、MSW 主任Ns、Ns) * 本人は処置室で点滴中

【背景】

本人、妻、次女夫婦の4人世帯。長女(在住、家庭あり)

病院嫌いで自己中断してしまった(2024.2)。2025.6身体の痛みが酷く受診。

【家族の思い】

(次女)家の建て替えの際、万一に備えて電動ベッドを導入していた(もう使っている)。在宅医の話も聞いたことはあり、自宅療養ができることは知っていた。本人は病院が嫌いなのでなるべく家で、とは思うが、自分も仕事(美容師)があり、姉(長女)も家庭・育児がある。母(妻)は血圧が安定しないときがあるので無理はさせたくない。とても迷っている。

(妻)本人は家が良いと思うので…。しかし痛みや辛い表情をみていられない。自分では面倒みきれないのではないかと不安である。

* 本日の話は、「本人が『もう(受診には)来られないかも』と先生に言ったので、何か他の方法を聞いておかないといけないと思った」とのこと。(次女としては前回の受診の方が検査まわりなど疲れて大変だったはずなのに、何故今日言ったのか、という事が気になっていて、本人の揺るがない意思かもしれないと感じた)。必要時には在宅医を探すことができること。その際は訪問看護など付随した支援機関とも調整できることをお伝え。基本的には(BCSなので)併診ではなく紹介となることを説明。

→自宅へ戻ってから本人含め家族みんなで話し合ってみるとのこと。

患者:

生年月日:

【看護記録】 2025/07/29(火) 10:35

脳神内 外来

01版: 2025/07/29(火) 10:35 看護師)

後高齢本

作成: 2025/07/29(火) 10:35 作成者: 看護師)

【SOAP & フォーカス】 2025/07/29(火) 10:38

脳神内 外来

03版: 2025/07/29(火) 10:51 看護師)

作成: 2025/07/29(火) 10:47 作成者: 看護師)

フォーカス 2025/07/29 10:38	
&SOAP 経時	患者・家族面談
-	〔医師から内服管理も含めた支援の依頼あり、患者・妻と面談する。妻の運転で来院、患者はADLほぼ自立している。妻が内服管理をしており、お薬カレンダーを使用しながら管理しているが、脳内科の内服が4錠あまってしまったものの、当院かかりつけの呼内科と整外科の処方では余剰はないとのこと。本日の処方ではメマンチン10mg内服であること、これまでどおりお薬カレンダーを使用しながら管理することを説明し理解はされた。また、ケアマネと連絡をとりながら今後も介入させていただくことで了承が得られたため、内服管理も含め、生活支援等ケアマネと連携しながら介入していくこととする。患者は穏やかであり面談中も終始落ち着いていた。現在、要介護4であるが来月に介護保険の区変を予定している。階段昇降や移動に難渋することがあり介護ベッドを使用していることから、今後も使用の継続希望あり。訪問調査時にそのむねをしっかりと伝えることを説明した。〕〔医師とも情報共有しながら介入を継続する。〕

認定証

Certificate of Accreditation



認定第JC2150-2号
Accreditation Number

主たる機能：一般病院2
Hospital Type 2

(主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院)
機能種別版評価項目3rdG：Ver.2.0

病院名
Hospital Name

学校法人獨協学園
獨協医科大学日光医療センター
Dokkyo Medical University Nikko Medical Center

殿

貴病院が日本医療機能評価機構の定める
認定基準を達成していることを証する

This is to certify that the above hospital has demonstrated satisfactory
compliance with the applicable JQ accreditation standards.

認定期間：2022年2月3日～2027年2月2日

交付日：2022年4月1日

初回認定：2017年2月3日



〈認定2回目〉



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

代表理事 理事長 河北 博文
Chairman of the Board Hirobumi Kawakita



[病院のご案内](#) >

[診療部門のご案内](#) >

[外来診療医のご案内](#) >

[採用情報](#) >

[医療機関の方](#) >

[トップ](#) > [病院のご案内](#) > [病院機能評価認定](#)

病院機能評価認定

獨協医科大学日光医療センターは、公益財団法人日本医療機能評価機構が定める病院機能評価の認定を受けています。



認定期間：2022年2月3日～2027年2月2日（認定第JC2150号-2号）

日本医療機能評価機構とは

国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人です。

病院機能評価とは

病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかどうかを評価する仕組みです。評価調査者（サーベイヤー）が中立・公平な立場にたって、所定の評価項目に沿って病院の活動状況を評価します。評価の結果明らかになった課題に対し、病院が改善に取り組むことで、医療の質向上が図られます。

病院機能評価の審査の結果、一定の水準を満たしていると認められた病院が「認定病院」です。すなわち認定病院は、地域に根ざし、安心・安全、信頼と納得の得られる医療サービスを提供すべく、常日頃努力していると認められた病院です。

> [公益財団法人日本医療機能評価機構について](#) 

> 病院のご案内

病院概要

施設案内

インフォームド・コンセント

臨床研究・調査等のご案内
(オプトアウト)

医療安全・院内感染防止について

栃木県保健医療計画の5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制における日光医療センターの機能

学会等施設認定一覧

指定医療告示種別

各種学会認定医・専門医等一覧

施設基準届出一覧

厚生労働大臣が定める掲示事項等

日光医療センター統計データ

地域医療支援病院について

NCDへの参加について

沿革

病院機能評価認定

病院指標

透析部について

公開講座

日光市立三依診療所

教えてドクター

心肺蘇生法について

共同利用のご案内

医療機器共同利用とは

『検査のみ』を必要とする患者さんに当院の検査機器を活用していただくシステムです。以下の検査機器がご利用できます。

当院で共同利用できる医療機器

- ・MRI（1.5T）
- ・CT（64列マルチスライスCT）
- ・DXA検査

※ MRI、CTとも「単純撮影」のみのご利用とさせていただきます。
造影剤などを使用する場合は、「診療情報提供書」での対応となります。

医療機器共同利用の利点

- ・地域の先生方の医療機器の一部としてご活用可能です。
- ・費用は検査費用のみで、診断料等は貴施設で保険算定できます。
（当院で読影した場合、診断料の費用も貴施設へ請求させていただきます。）

医療機器共同利用のための契約について

1. 契約をお申込みいただければ、当院より契約書等を持参させていただきます。
2. 契約書をご確認のうえ、署名・捺印をいただき当院へ返送いただければ契約完了です。

検査依頼について

1. 契約医さまより患者さんの希望日、希望時間などを確認して当院の地域連携・入退院支援センターにお電話ください。
【地域連携・入退院支援センター：電話：0288-23-7100 FAX：0288-23-5057】
担当者がご希望日を伺い、その場で予約状況を確認します。
2. 患者さんに必要事項を説明の上、問診票を作成していただきます。完成後、申込書・問診票をFAXしてください。
3. 契約医さまは、患者さんに予約日等をお伝えいただくとともに、必要事項の説明をお願いいたします。なお、問診票は検査当日患者さんがご持参いただき、受付後撮影を行います。

検査当日の流れ・結果報告について

1. 1F受付「2番」にて受付を済ませてください。
※ 原則、当院では診療行為を行いませんが、体調不良などを考慮し、念のため保険証をご持参願います。
2. 受付後、放射線科受付に声をかけてください。準備が整いましたら放射線科スタッフがご案内いたします。
3. 検査終了後、患者さんはそのままお帰りいただきます。
4. 『読影レポート』を希望される場合
当院の放射線科担当医が読影を行い、紙面にてレポートを作成いたします。
読影結果と画像CDは、原則撮影日から3診療日以降に郵送いたします。
5. 『読影レポート』を希望されない場合
撮影終了後、画像CDを作成し、当日または翌日に郵送いたします。

医療機関の方

共同利用のご案内

医療機関へのご案内

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

連携医療施設の証

獨協医科大学日光医療センター

看護師募集



病院機能評価認定
Japan Council for Quality Health Care

医療機器の利用料金・保険請求について

- ・原則、画像CD送付時に利用料金請求書・内訳書を同封いたしますので、出来る限り請求月内にお振込願います。
 - ・契約医さまは、内訳書に基づき、患者さんへ自己負担金の請求及び保険請求を行っていただきます。
- ※ 保険請求は、当院の施設基準に準じて算定いただけます。なお、レセプトには必ず「画診共同」と記載願います。

医療機器利用時の注意事項

- ・MRIは体内金属（ペースメーカー、インプラント等）がある場合及び刺青などは対象外とさせていただきます。その他の留意事項につきましても、契約医さまより患者さんへ必ず説明して下さい。
- ・検査日・検査時間に患者さんが来院されない場合は、キャンセル扱いとして契約医さまあてに連絡させていただきます。
- ・検査中に体調不良などが生じた場合は、当院で保険診療を行う可能性があります。
- ・当日の患者さんの体調や、問診票に記載されていない問題が生じた場合、当院の判断で検査を中止させていただく場合があります。

※ 冠動脈スクリーニングCT検査について

これまで地域医療機関の先生方にご利用いただいております「冠動脈スクリーニングCT検査」につきましては、今後も同様に実施いたしますのでご利用いただきますようお願い申し上げます。

▲ PAGE TOP



獨協医科大学 日光医療センター
〒321-1298 栃木県日光市森友145-1 電話：0288-23-7000（代表）
FAX：0288-23-5000



獨協医科大学病院 ▶

獨協医科大学
埼玉医療センター ▶

インフォメーション

来院される皆さまへ

診療部門のご案内

病院のご案内

入院の方

[診療部門]

[地域医療部門]

[各種部門]

外来診療医のご案内

面会の方

呼吸器内科、膠原病

呼吸器外科

観光医療科

日光市立三依診療所

薬剤部

採用情報

時間外救急について

・アレルギー内科

心臓・血管外科

感染症内科

看護部

看護師募集

人間ドック・検査・検診

消化器内科

整形外科（栃木手外科

[中央部門]

医療安全推進部

医療機関の方

循環器内科、心臓

クリニック）・脊椎セ

ンター

内視鏡センター

材料部

地域連携・入退院支

アクセス

・血管・腎臓内科

泌尿器科

形成外科・美容外科

臨床検査部

健診部

援センター

施設案内

脳神経内科

糖尿病・内分泌内科

泌尿器科

放射線部

透析部

事務部

English

皮膚科

放射線科

眼科

病理部

栄養部

診療情報管理室

病理診断科

救急・総合診療科

リハビリテーション科

救急部

臨床研究支援室

外科

獨協医科大学 獨協医科大学附属看護専門学校 獨協医科大学附属看護専門学校 三郷校

このサイトについて | 個人情報保護への取組み | サイトマップ

Copyright©2019 Dokkyo Medical University all rights reserved.

🔒 学内サイト ▶

医療機関へのご案内

診療予約申込みのご案内（医療機関の先生方へ）

地域連携・入退院支援センターでは、紹介元医療機関の先生方から、紹介患者さんの診療予約を受け付けております。事前に診療予約をいただくことにより患者さんの受付手続きや診療待ち時間の短縮に努めております。

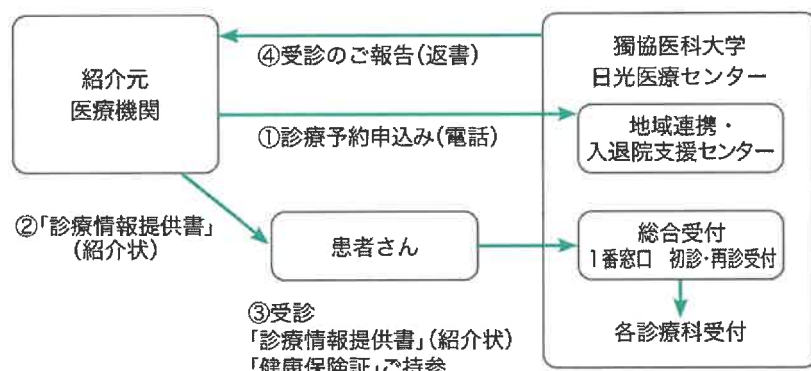
予約受付時間

月～土曜日 9:00～16:00

（第3土曜日・日・祝祭日・年末年始は除く）

※ 翌日の受診予約は受け付けておりません

予約方法



- 「診療情報提供書（紹介状）」をご準備いただき、地域連携・入退院支援センターまで（直通：0288-23-7100）ご連絡ください。
※ ご準備のない場合、改めてご連絡いただくこととなりますので、予めご準備ください。
- 症状、診療科、患者氏名、生年月日、電話番号を確認のうえ、受診日時を予約させていただきます。
※ 指定される診療科医師がある場合には調整いたします。
※ 診療科によっては予約がおりできない場合もございます。
- 予約後、患者さんに受診日時をお伝えいただき、「診療情報提供書（紹介状）」をお渡しください。
事前にカルテの準備をしてお待ちしております。
- 患者さんに受診日当日のご案内をお願いいたします。
※ 持参していただくもの：①「診療情報提供書（紹介状）」、②「健康保険証」、③「お薬手帳」、④「診察券」（※③、④はある場合）
※ 受付窓口：1階総合受付【1番窓口 初診・再診受付】
※ 問診票をご記入いただくなどの初診手続きがあるため、予約時間30分前にお越しください。

予約なしの当日受診も従来どおり実施していますが、診療科によってはご予約の患者さんのみの場合もございます。

医療機関の方

[共同利用のご案内](#)

[医療機関へのご案内](#)

[上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内](#)

[冠動脈スクリーニング検査利用のご案内](#)

[家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について](#)

[連携医療施設の証](#)

獨協医科大学日光医療センター

看護師募集



病院機能評価認定
Japan Long-Term Quality Health Care

その他、ご不明な点等ありましたら地域連携・入退院支援センターまでお問い合わせください。

診療部門・病院構成

「診療部門・病院構成」については、[こちら](#)をご覧ください。

外来診療科別・曜日別担当医一覧

[外来曜日別診療医一覧表](#)をダウンロードしてご利用ください。

お問合せ先

獨協医科大学日光医療センター 地域連携・入退院支援センター

〒321-1298 栃木県日光市森友145-1
電話：0288-23-7100（直通）
FAX：0288-23-5057

▲ PAGE TOP

**獨協医科大学 日光医療センター**
Dokkyo Medical University Nikko Medical Center

獨協医科大学 日光医療センター
〒321-1298 栃木県日光市森友145-1 電話：0288-23-7000（代表）
FAX：0288-23-5000

獨協医科大学病院

獨協医科大学
埼玉医療センター

インフォメーション	来院される皆さまへ	診療部門のご案内				
病院のご案内	入院の方	[診療部門]		[地域医療部門]		[各種部門]
外来診療医のご案内	面会の方	呼吸器内科、膠原病 ・アレルギー内科	呼吸器外科 心臓・血管外科	観光医療科 感染症内科	日光市立三依診療所	薬剤部 看護部
採用情報	時間外救急について	消化器内科	整形外科（栃木手外科 クリニック）・脊椎セ ンター	[中央部門]		医療安全推進部 感染制御部
看護師募集	人間ドック・検査・検診	循環器内科、心臓 ・血管・腎臓内科	泌尿器科	内視鏡センター 循環器病センター	材料部 臨床工学部	地域連携・入退院支 援センター
医療機関の方		脳神経内科	形成外科・美容外科	臨床検査部 放射線部	健診部 透析部	事務部
アクセス		糖尿病・内分泌内科	皮膚科	病理部	栄養部	
施設案内		放射線科	麻酔科	救急部	診療情報管理室	
English		病理診断科	眼科	リハビリテーション部	臨床研究支援室	
		外科	救急・総合診療科 リハビリテーション科	手術部	共同実験室	

獨協医科大学 獨協医科大学附属看護専門学校 獨協医科大学附属看護専門学校 三郷校

このサイトについて | 個人情報保護への取組み | サイトマップ

Copyright©2019 Dokkyo Medical University all rights reserved.

🔒 学内サイト

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

当センターでは、地域住民の健康増進のため、消化器疾患の早期発見をめざし、各医療施設よりハイリスク患者の消化管スクリーニング検査を受け入れる取り組みを推奨しています。

ダイレクト予約で上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査を各医療機関より受け入れる試みです。月曜日から土曜日まで（第三土曜日を除く）受け付けています。

対象患者

1. 軽度の腹痛や吐き気などで受診し検査が必要とされた方
2. 消化管疾患にてフォローアップ検査が必要な方
3. NSAIDsや抗血小板薬の長期投与を行っている方 など

上部消化管内視鏡検査予約から結果報告までの流れ

1. 依頼医から地域連携・入退院支援センターに電話による申し込み

地域連携・入退院支援センター（直通）電話：0288-23-7100

診療情報提供書FAXの送信：0288-23-5057

診療情報提供書・上部内視鏡検査依頼書 

お薬手帳か処方箋のコピーをお送りください。

※ 特に糖尿病のお薬についてはご確認をお願いいたします。

※ 抗血栓薬1剤の場合には生検する場合がありますが、2剤内服中の場合には生検はせず、観察のみとなりますのでご了承ください。また、ワーファリン内服中の場合にも生検はせず、観察のみとさせていただきます。いずれも休薬は不要です。

2. 検査日を依頼医にその場で通知し、予約票を依頼医にFAXで送付
予約票を患者さんへご案内してください

3. 検査日当日（検査予約1時間前までに総合受付に来院）
 - 1) 総合外来受付にてスクリーニング検査を確認
 - 2) 消化器内科・外科・健診部外来にて診察
 - 3) 内視鏡検査の説明後、承諾・同意書にサインをいただく
 - 4) 検査後、帰宅していただく

4. 検査結果報告

所見により

- 1) 約1週間後（生検を行った場合には約2週間後）に依頼医に検査結果の報告書送付
- 2) または後日患者さんに来院いただき結果報告

上部消化管内視鏡検査予約・実施日時

1. 月曜日～土曜日 9：00～11：30
2. 検査日当日は朝食を摂らず、飲水は500ml程度摂る。
3. 内服薬は依頼医の先生の指示がない場合はいつも通り服用する。

来院時持参していただくもの

医療機関の方

共同利用のご案内

医療機関へのご案内

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

連携医療施設の証

獨協医科大学日光医療センター

看護師募集



病院機能評価認定
Japan Council for Quality Health Care

- ・ 保険証
- ・ 予約票
- ・ 診療情報提供書・上部内視鏡検査依頼書、チェックシート
- ・ 診察カード（当センター受診歴ある方のみ）
- ・ お薬手帳

キャンセルについて

体調不良等で検査のキャンセルをご希望される方は、地域連携・入退院支援センター（直通：0288-23-7100）までご連絡ください。

ご依頼から結果まで

医療機関様より当センター地域連携・入退院支援センター（0288-23-7100）へお電話をお願いいたします。

- ※ ご予約は医療機関様からのご連絡に限らせていただきます。
地域連携・入退院支援センターにてご予約をお取りします。診療情報提供書・上部内視鏡検査依頼書のFAXをお願いいたします。
- 地域連携・入退院支援センターより予約票をFAXさせていただきます。届きましたら患者さんのお名前を記入していただき【患者さんへのご案内】とともに患者さんへお渡しく下さい。

検査日のスケジュール

～検査日当日～

1. 来院されましたら「総合受付」にて手続きをお願いします。【保険証】【予約票】【検査依頼・チェックシート】をご持参ください。
 2. 内科・外科・健診部外来にて検査の説明をし、検査同意書の承諾をいただきます。
 3. その後、予約時間となりましたら内視鏡センターにて検査となります。
 4. 検査終了。
 5. 清算ののちご帰宅となります。
- ※ 検査結果説明を当センターでご希望の場合のみ再診予約となります。1週間前後で検査結果をご紹介いただいた医療機関へお送りいたします。

お問合せ

独協医科大学日光医療センター 消化器内視鏡センター

電話：0288-23-7000（代表）

[〓](#)
[PAGE TOP](#)



独協医科大学 日光医療センター
〒321-1298 栃木県日光市森友145-1 電話：0288-23-7000（代表）
FAX：0288-23-5000



独協医科大学病院
 [独協医科大学 埼玉医療センター](#)

インフォメーション

病院のご案内

外来診療医のご案内

採用情報

看護師募集

医療機関の方

来院される皆さまへ

入院の方

面会の方

時間外救急について

人間ドック・検査・検診

診療部門のご案内

【診療部門】

呼吸器内科、膠原病・アレルギー内科
消化器内科
循環器内科、心臓・血管・腎臓内科
脳神経内科

呼吸器外科
心臓・血管外科
整形外科（栃木手外科クリニック）・脊椎センター
泌尿器科

【地域医療部門】

観光医療科
感染症内科

【中央部門】

内視鏡センター
循環器病センター
臨床検査部

日光市立三依診療所

材料部
臨床工学部
健診部

【各種部門】

薬剤部
看護部
医療安全推進部
感染制御部
地域連携・入退院支援センター

冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

当センターでは、地域住民の健康増進のため、虚血性心疾患の早期発見をめざし各医療施設よりハイリスク患者の冠動脈スクリーニングCT検査を受け入れる取り組みを推奨しています。オープン検査で冠動脈造影CT検査を各医療機関より受け入れる試みです。

対象患者

糖尿病、高血圧、高脂血症、喫煙、心疾患の家族歴、これらのうち複数のリスクがある方
狭心症や心筋梗塞の既往があり、心臓カテーテル検査を5年以上行っていない方 等

冠動脈スクリーニングCT検査予約の流れ

依頼医から地域連携・入退院支援センターに電話による申し込み

地域連携・入退院支援センター（直通）電話：0288-23-7100

「冠動脈スクリーニングCT検査の予約」

患者氏名・生年月日・医療機関名・希望日時・初診の場合は保険情報を確認。

検査依頼・チェックシートによる記載の確認。

検査依頼・チェックシート（146KB）

検査日を依頼医にその場で通知し、予約票を依頼医にFAXで送付

予約票（153KB）

検査日当日（循環器内科予約時間に来院、検査予約1時間前）

- ・総合外来受付にてスクリーニング検査を確認
- ・循環器内科受診 身長・体重測定、バイタルチェックを行う。
- ・造影検査の説明後、承諾・同意書にサインをいただく。
- ・検査前投薬（βブロッカーorワソラン等）内服、飲水の確認、腎機能障害時は追加輸液有り
- ・前投薬投与1時間後、放射線部でニトログリセリン投与後、造影剤注射し撮影（20分前後）撮影時は12～13秒息止めしていただく。
- ・検査後20分の休憩を取り帰宅していただく。

検査結果報告

- ・約1週間後に依頼医に検査結果の報告書送付、あるいは後日来院いただき結果報告。

冠動脈スクリーニングCT検査予約・実施日時

- ・月曜日～金曜日 13：30～15：00
- ・来院時間は循環器内科予約時間（検査の約1時間前）

医療機関の方

共同利用のご案内

医療機関へのご案内

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

連携医療施設の証

獨協医科大学日光医療センター

看護師募集



病院機能評価認定
Japan Council for Quality Healthcare

- ・ 検査日当日は昼食を取らず、飲水は500ml程度取る。
- ・ 内服薬は依頼医の先生の指示がない場合はいつも通り服用する。

来院時持参していただくもの

1. 保険証
2. 予約票
3. 検査依頼・チェックシート
4. 診察カード（当センター受診歴ある方のみ）

冠動脈スクリーニングCT検査の適応外

- ・ ペースメーカー植込み症例
- ・ 頻拍性の心房細動
- ・ 未治療の喘息患者
- ・ 15秒程度息止めができない方
- ・ 造影剤アレルギーのある方
- ・ 腎機能 eGFR45未満の方、Cr1.3.以上では造影不可

※ MRI検査のご依頼については今回の冠動脈スクリーニング検査の対象としていないため、通常通り循環器内科の外来へご紹介ください。

また、体調不良等で検査のキャンセルをご希望される方は、地域連携・入退院支援センター（直通：0288-23-7100）までご連絡ください。

ご依頼から結果まで

医療機関様より当センター地域連携・入退院支援センター
（0288-23-7100）へお電話をお願いいたします。



※ ご予約は医療機関様からのご連絡に限らせていただきます。

地域連携・入退院支援センターにて【循環器内科（医師からの説明時間）】【CT撮影】のご予約をお取りします（同日でお勧めします。）

※ 循環器内科予約枠・・・9：00～14：00

※ CT撮影予約枠・・・13：30、14：30、15：00

地域連携・入退院支援センターより予約票をFAXさせていただきます。
届きましたら患者さんのお名前を記入していただき【検査依頼・チェックシート】とともに患者さんへお渡しください。



～予約日当日～

来院されましたら「総合受付」にて手続きをお願いします。

【保険証】【予約票】【検査依頼・チェックシート】
をご持参ください。



循環器内科外来にて検査の説明をし、検査同意書の承諾をいただきます。
その後、予約時間となりましたら放射線部にてCT検査となります。



検査終了後、休憩、清算ののちご帰宅となります。

※ 検査結果説明を当センターでご希望の場合のみ再診予約となります。



1週間前後で検査結果をご紹介いただいた医療機関へお送りいたします。

お問合せ

獨協医科大学日光医療センター 循環器病センター

電話：0288-23-7000（代表）

△ PAGE TOP



獨協医科大学 日光医療センター
〒321-1298 栃木県日光市森友145-1 電話：0288-23-7000（代表）
FAX：0288-23-5000



獨協医科大学病院

獨協医科大学
埼玉医療センター

インフォメーション

病院のご案内

外来診療医のご案内

採用情報

看護師募集

医療機関の方

アクセス

施設案内

English

来院される皆さまへ

入院の方

面会の方

時間外救急について

人間ドック・検査・検診

診療部門のご案内

【診療部門】

呼吸器内科、膠原病
・アレルギー内科
消化器内科
循環器内科、心臓
・血管・腎臓内科
脳神経内科
糖尿病・内分泌内科
皮膚科
放射線科
病理診断科
外科

呼吸器外科
心臓・血管外科
整形外科（栃木手外科
クリニック）・脊椎セ
ンター
泌尿器科
形成外科・美容外科
麻酔科
眼科
救急・総合診療科
リハビリテーション科

【地域医療部門】

観光医療科
感染症内科

【中央部門】

内視鏡センター
循環器病センター
臨床検査部
放射線部
病理部
救急部
リハビリテーション部
手術部

日光市立三依診療所

材料部

臨床工学部

健診部

透析部

栄養部

診療情報管理室

臨床研究支援室

共同実験室

【各種部門】

薬剤部
看護部
医療安全推進部
感染制御部
地域連携・入退院支
援センター
事務部

獨協医科大学 獨協医科大学附属看護専門学校 獨協医科大学附属看護専門学校 三郷校

このサイトについて | 個人情報保護への取り組み | サイトマップ

Copyright©2019 Dokkyo Medical University all rights reserved.

🏥 学内サイト

★ トップ > 医療機関の方 > 家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

平成30年2月3日に当センターは一般社団法人 日本動脈硬化学会の「家族性高コレステロール血症の紹介可能な施設」に認定されました。

家族性高コレステロール血症患者（FH）の現状

家族性高コレステロール血症の患者さんは200～500人に1人、日本においては約30万人の潜在患者が存在するといわれている最も頻度の高い遺伝性疾患で、その心血管イベントリスクは一般人口の約10倍、また急性冠症候群の約10%を占めると言われ、ハイリスクとして特段の管理が必要です。しかしながら、世界に比べ我が国は著しく診断率が低いこと（診断率1%未満）が問題視されております。近年、新しい治療薬が開発され家族性高コレステロール血症の治療も進歩して参りました。

地域連携診療へのお願い（医療機関の先生方へ）

下記、診断基準に該当するような患者さんがおられましたら、ご紹介お願いいたします。

※ 成人（15歳以上）FHヘテロ接合体の診断基準（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017）

- ・ 高LDL-C血症（未治療時のLDL-C 180mg/dL以上）
- ・ 腱黄色腫（手背、肘、膝などの腱黄色腫あるいはアキレス腱肥厚）あるいは皮膚結節性黄色腫
- ・ FHあるいは早発性冠動脈疾患の家族歴（2親等以内の血族）

2項目以上が当てはまる場合、FHと診断する。

医療機関の方

共同利用のご案内

医療機関へのご案内

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

家族性高コレステロール血症患者（FH）の地域連携診療について

連携医療施設の証

獨協医科大学日光医療センター

看護師募集



病院機能評価認定
Japan Council for Quality Health Care

▲ PAGE TOP

日光医療センター通信

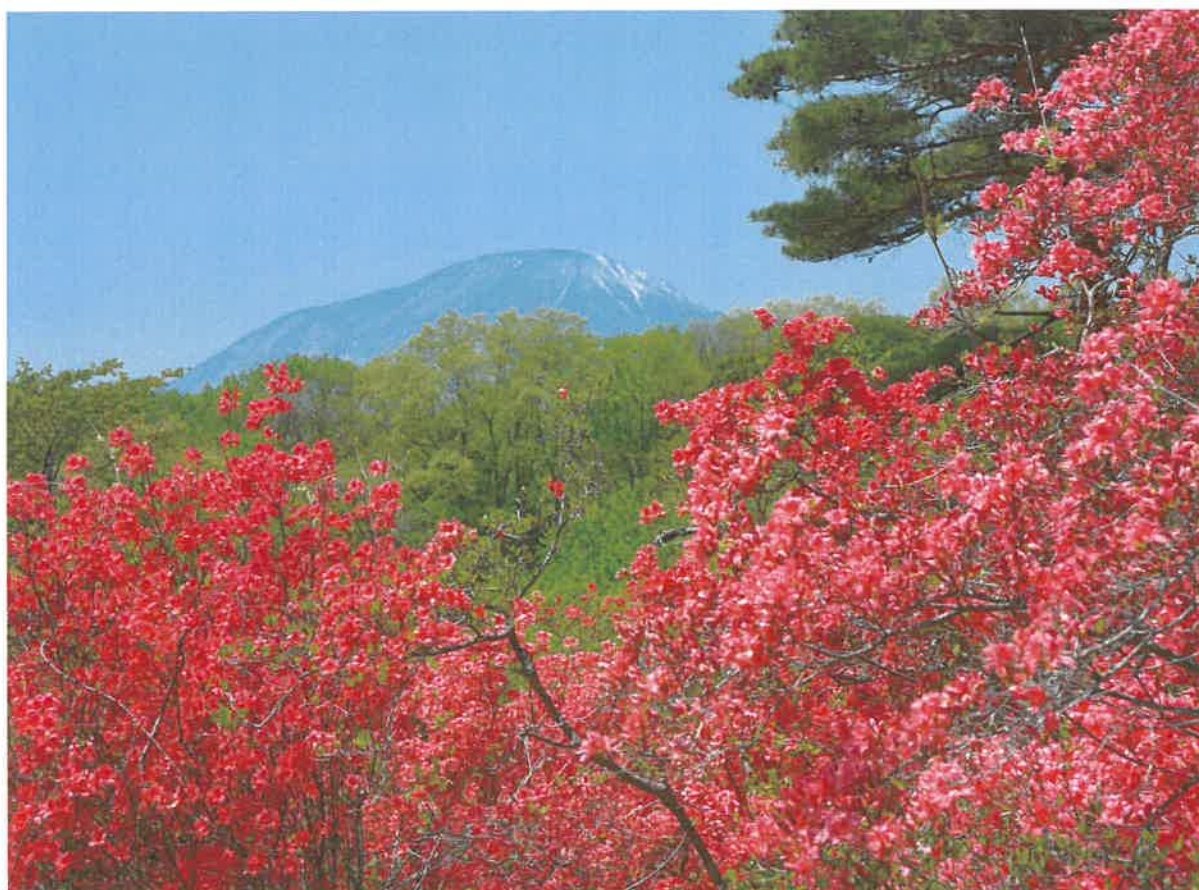
～いろは～



獨協医科大学日光医療センター
Dokkyo Medical University Nikko Medical Center

2024.5

第 49 号



霧降高原のツツジ（栃木県日光市）

主な内容

新病院長挨拶	2
診療紹介（糖尿病・内分泌内科）	2
部門紹介（HCU病棟）	4
外来担当医一覧	5
はせがわ整形外科クリニック	6



日光医療センター通信

～いろは～



獨協医科大学日光医療センター
Dokkyo Medical University Nikko Medical Center

2024.10

第50号



湯川（栃木県日光市）

主な
内
容

診療紹介（麻酔科）	2
部門紹介（救急部）	3
外来担当医一覧	4
50号記念 ～これまでの取り組み～	5
病院紹介 いとうクリニック	7
昼間消防訓練／編集後記	8



入退院患者の退院支援に関する手順

1. 退院支援に関する業務の流れ

1. 入退院スクリーニングシートチェック

地域連携・入退院支援センターは、病棟で行った退院支援スクリーニングシート「別紙①、②（以下スクリーニングシート）」の確認を行い、リスク該当者の把握に努める。スクリーニングシートの確認を行った際は、「地域連携医療部確認者」の欄に担当名を記載し、上書き保存を行う。チェックミスやリスク再評価が必要と判断した場合は病棟・カンファレンスで相談しながら訂正・評価する。

2. 入院患者リスク管理シート一覧への入力

スクリーニングの結果を「スクリーニングデータベース」へ入力する。

3. 退院支援カンファレンス

規定の日時にナースステーションにて行う。記録は病棟スタッフがカルテ内「退院支援患者記録」にする。原則検討ケースはリスクあり患者のみ。非該当者が再評価となった際は、入退院支援加算の算定に乗っ取って退院支援患者記録（別紙③）に赤い付箋をはり・退院支援計画書（別紙④）を立案する。

1) 文書の出し方

入退院支援患者記録（文書作成→17 看護関連→入退院支援患者記録）

退院支援計画書（文書作成→14 治療計画→退院支援計画書）

※それ以外の方法では文書作成にて入退院支援患者記録・退院支援計画書を入力し検索をかけると一発で出てくる。

※退院支援部門担当者は事前に、各病棟のスクリーニングシートを確認し、リスクあり患者の情報共有に努める。カンファレンス時にはカルテ参照や電カルの記録などのサポートを行う。

月	火	水	木	金
なし	全病棟	なし	3 階病棟・ HCU	4 階病棟

カンファレンス後、病棟担当者は「スクリーニングデータベース」に所要時間・件数を

記載する。(集計は地域連携・入退院支援センター 運営委員会にて報告する)

※祝日等の理由により定期退院支援カンファレンスが行えない場合

病棟担当者が主となり病棟と相談を行いながら臨時カンファレンスの施行に努める。

4. 初回面接

リスク該当者(本人)又は家族に対して7日以内に行う。

5. 退院支援計画書の立案

カンファレンス・初回面接の情報を集約し、多職種と連携し退院支援計画書を立案する。
計画書に沿って退院支援を開始する。

II. 退院支援に基づく加算

当院が算定している入退院支援に基づく加算は以下である。

1. 入院時支援加算 1・2 (医科診療報酬点数 240 点)
2. 入退院支援加算 1 (医科診療報酬点数 700 点)
3. 介護連携指導料 (医科診療報酬点数 400 点)
4. 共同指導料 (医科診療報酬点数 400 点)
5. 2 者共同加算 (医科診療報酬点数 300 点)
6. 多機関共同加算 (医科診療報酬点数 2000 点)
7. 地域連携診療計画加算 (医科診療報酬点数 300 点)
8. 退院前後訪問指導料 (医科診療報酬点数 580 点)
9. 総合機能評価加算 (医科診療報酬点数 50 点)

地域連携・入退院支援センター 令和 5.1 改

令和 6.6 改



入院患者の退院支援に関する手順

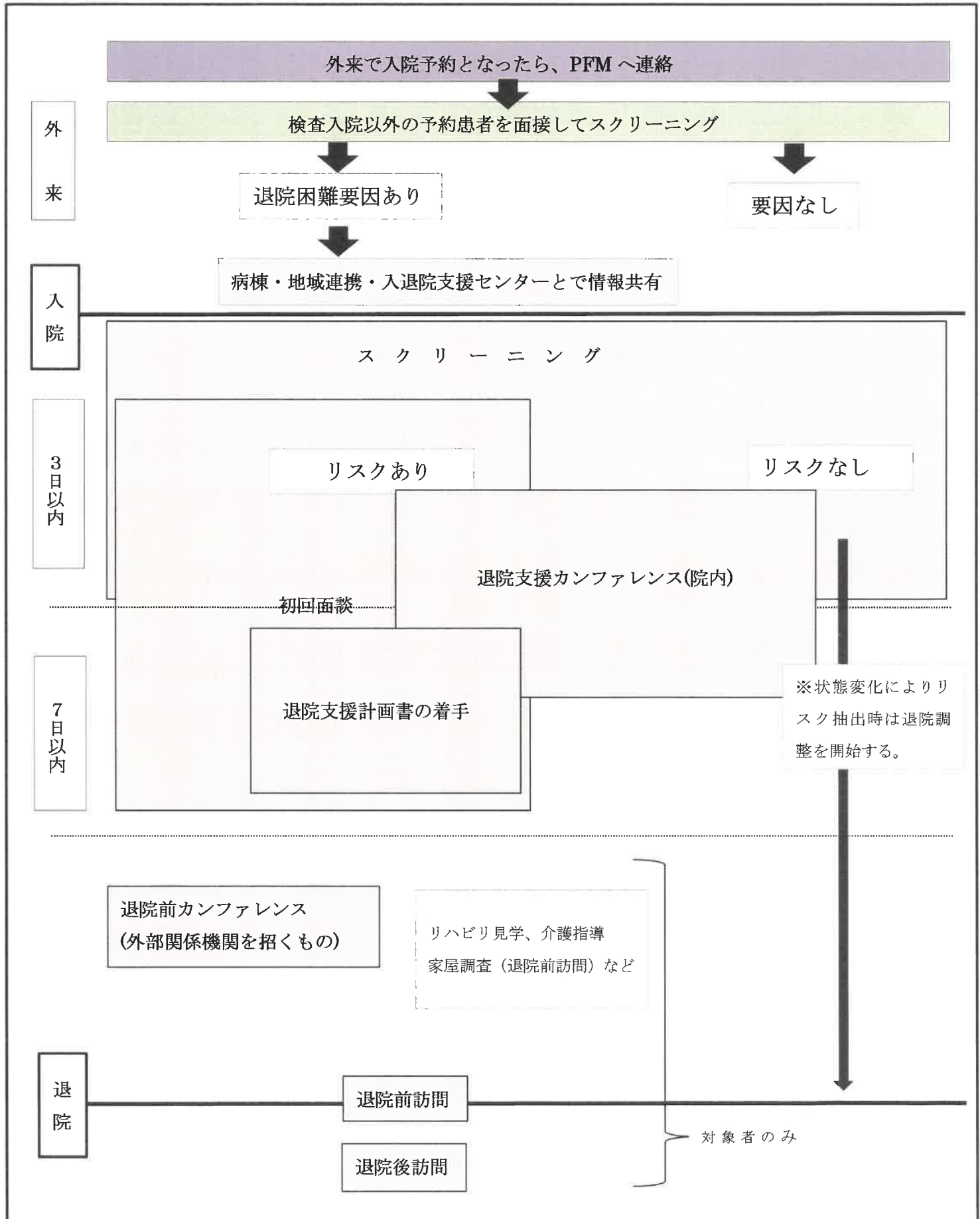


外 来

病 棟

地 域

共 同



※3日以降状態変化により退院支援リスクが発生した場合、退院支援スクリーニングシートの再評価。退院支援計画書を着手し、地域連携・入退院支援センターに連絡。再評価日に理由を電子カルテに入力。リスク抽出時から日時を換算し、かかわっていく。

入退院支援スクリーニングシートについて

①退院困難な要因の有無をスクリーニングシートでチェックする

* 文書作成→No17（看護関連）→退院支援スクリーニングシート

②退院困難な要因（リスク有り）の解釈

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症のいずれかであること
* 認知症は診断がついているもしくは、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上が対象
- イ 緊急入院であること
- ウ 要支援または要介護状態であるとの疑いがあるが、介護認定が未申請であること
[介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る]
* 特定疾病名
脳血管疾患、がん（末期）、糖尿病性神経障害・腎症・網膜症、多系統委縮症、初老期における認知症、パーキンソン病関連、脊柱管狭窄症、脊髄小脳変性症、関節リウマチ、変形性関節症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、慢性閉塞性肺疾患、早老症、閉塞性動脈硬化症、筋委縮性側索硬化症
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
* 聴覚、言語機能、音声機能、視覚等の障害により看護を行うにあたり特別なコミュニケーション技術が必要な方
- オ 強度行動障害の状態の者
* 強度行動障害とは、自傷、他害、こだわり、物壊し、睡眠の乱れ、異食、多動など「本人」や「周囲の人」の暮らしに影響を及ぼす行動が、著しい頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと（診断名ではない）
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること
- ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- ケ 排泄に介助を要すること
- コ 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと
- シ 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
* 当院の褥瘡危険因子評価において低栄養に該当するもの
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
* 入院患者が18才未満であること。同居にかかわらず、障がいや病気をかかえる家族に対して毎日のように介助・介護等を行っているもの
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
* 同居にかかわらず、児童・児童がいる親などから毎日のように介助や介護等を受けているもの
- タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

*上記を理解して、スクリーニングを行う

- ③退院困難な要因項目に一つでもチェックがついた場合、「退院支援計画書」を立案し、退院調整介入が必要かどうかを判断するが、介入の必要はないと判断した場合や、チェックがついても退院調整を必要としない場合は、④に理由を記載し「退院支援計画書」は立案しない。

*文書作成→No14（治療計画）→退院支援計画書

- ④チェック後、主任又は師長 不在時はリーダーが確認サインを行う。

*主任、師長、リーダーの確認は入院後3日以内に実施する

- ⑤地域連携・入退院支援センター 担当者は、リスク有無のチェックを行い、有の患者については入院7日以内に面談を行う。リスク有で退院調整介入必要なしについては地域連携・入退院支援センターでも確認を行い双方で確認後はリスクなしとして対応する。(※1)

※1 その後リスク発生し退院調整が必要になった場合は、看護記録に理由を記載し、スクリーニングシートを再度立案する。また、リスク発生を地域連携・入退院支援センター担当者へ連絡する。

令和6年6月 改正

入退院支援スクリーニングシート

病棟 チーム
 記入日: 令和 年 月 日 記載者:

ID:		
患者氏名:	カナ:	
住所:		
生年月日:	年齢:	性別:
入院日: 年 月 日	診療科:	
病名: @DISEASE	入院目的:	
主治医:	担当看護師:	

退院困難な要因	
☐ ア) 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 肺炎等の急性呼吸器感染症	} のいずれかであること
☐ イ) 緊急入院であること	
☐ ウ) 要支援または要介護状態であるとの疑いがあるが、介護認定が未申請であること	
☐ エ) コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者	
☐ オ) 強度行動障害の状態の者	
☐ カ) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	
☐ キ) 医療保険未加入者又は生活困窮者であること	
☐ ク) 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること (必要と推測されること)	
☐ ケ) 排泄に介助を要すること	
☐ コ) 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	
☐ サ) 退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法を含む)が必要なこと	
☐ シ) 入退院を繰り返していること	
☐ ス) 入退院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	
☐ セ) 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること	
☐ ソ) 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	
☐ タ) その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合 ()	

患者背景	
☐ ① 退院先に施設・病院を希望している	
☐ ② 独居もしくは日中独居になる	同居家族 誰と ()
☐ ③ 入院前からケアマネジャー、訪問看護、地域包括支援センター、障害相談員等の支援を受けている 認定済 事業所: () 氏名: ()	
☐ ④ リスク要因はあるが、退院調整の介入の必要はない 理由()	

リスク ☐ あり ☐ なし	計画書: 年 月 日
---	------------

病棟確認者

地域連携・入退院支援センター
確認者

*チェックがひとつでもあれば7日以内に「退院支援計画書」を立案する

*チェック項目があっても退院調整を必要としない場合
 ④に理由を記載し「退院支援計画書」の立案はしない

備考

・保険
 ・キーパーソン
 ・その他

入退院支援患者/認知症ケアカンファレンス記録

患者名!@PATIENTNAME

ID: @PATIENTID

名斷診

面談・カンファレンス記録	【初回面談記録】	【初回カンファレンス記録】	日付	
同居家族 キーパーソン 介護保険 ☐認定あり ☐認定なし ☐申請中 ☐サービス利用あり ☐サービス利用なし	認知症高齢者の日常生活自立度判定 認知症ケアチーム	認知症高齢者の日常生活自立度判定 認知症ケアチーム	認知症高齢 認知症ケア	
	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST
	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST
	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST	医師 病棟看護師 MSW 入退院支援者 入退院支援者 認知症看護認定看護師 薬剤師 PT・OT・ST

面談・カンファレンス記録

記載者

繞柄:)

連携パス運用方法ならびに注意事項

I. 地域連携診療計画書の（以下 連携パス）運用

1. 退院調整の一部として、当院では大腿骨パス・脳卒中パスを使用している。対象疾患の患者は早期に適切な病院へ転院ができるよう連携パスを活用し退院調整を行っている。大腿骨頸部骨折・脳卒中の患者は積極的にパスで運用出来るように調整を行う。
2. 施設基準にて、計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画書にかかる情報交換のための会合を年に3回程度開催することが定められている。開催・運営については地域連携医療部が主体となり行う。

II. 対象患者入院

1. 地域連携・入退院支援センター 病棟担当者は退院支援スクリーニングシートを確認し、連携パス対象者を把握する。また、7日以内の面談・カンファレンスを行い退院支援計画書を立案する。（入退院支援加算の要件を満たす）
2. 主治医または担当看護師は7日以内に、「地域連携診療計画に関する説明」と連携パスシートを使用して、本人・家族に以下1)～4)の内容について説明を行い、同意の欄に署名していただく。患者・家族に同意を得た上で、連携パスの調整を進めていく。

※入院後7日を過ぎてから、計画の立案、家族に説明が行われた場合は、連携パスの規定を満たせないため、加算は算定できない。

- 1) 今後の方針
- 2) 当院の入院は2週間前後であること。その上での本人・家族の意向の確認。
- 3) 自宅退院が難しい場合、また自宅退院・今後の療養先を選定するためにリハビリの期間を有する場合。病院の役割分担、より早期に専門的なリハビリ・治療が行えるよう回復期リハビリテーション病棟を持つ病院と連携を図っているため、転院となることを説明し相談を行う。
- 4) 転院希望の場合は連携先の病院の中から第一希望～第三希望まで確認する。その際に、早期の調整となっていくため希望の順にはならない場合もあり、案内された病院にて調整を行っていくことになることを説明し、了承を得る。

III. 文書の出し方

1. 大腿骨頸部骨折地域連携パス（その他関係書類含む）別紙（⑥-①・⑥-②・⑥-③）
電子カルテの「文書作成」→検索「地域連携診療計画書」を打ち込み、地域連携診療計画書（大腿骨頸部骨折地域連携パス）を選択し印刷する。
2. 脳卒中地域連携パス（その他関係書類含む）別紙（⑦-①・⑦-②・⑦-③・⑦-④・⑦-⑤）

電子カルテの電子カルテの「文書作成」→検索「地域連携診療計画書」を打ち込み、地域連携診療計画書（脳卒中地域連携）を選択し印刷する。

Ⅲ. 入院から 1～2 週間後（経過によっては多少前後あり）

1. 病棟看護師は主治医より転院調整許可を確認する。転院調整に向けて、疾患ごとに必要な書類準備し地域連携・入退院支援センターへ提出していく。
 - 1) 書類が整ったら調整を開始する。
 - 2) 退院支援担当者は転院先病院の担当者へ電話連絡する。
 - 3) 必要書類を郵送又は F A X する。

Ⅳ. 転院間際～転院

1. 転院先病院より転院日が決まり次第、地域連携・入退院支援センターに連絡がくる。
2. 地域連携・入退院支援センター担当者（以下 地域連携担当者）より病棟看護師に転院日を連絡し日程・必要書類の準備の調整を開始する。
3. 地域連携担当者は残薬、リハサマリ、退院証明書の準備、移動手段等準備状況の確認をする。確認した移動手段を転院先に伝える。
4. 担当看護師は退院日までに必要情報を記載した連携パスシートのコピーを医事課担当者へ提出する。
5. 地域連携担当者は入退院支援加算（700 点）と地域連携診療計画加算（300 点）の加算を電子カルテで依頼医を立てて指導料を算定する。
6. 医事課担当者は、提出された連携パス「地域連携診療計画」を電子カルテに保存する。※コストの算定に関しては、診療情報提供料が優先となる。

Ⅴ. 転院日当日

1. 紹介状、連携パスシート原本、リハサマリ、退院証明書、残薬（3 日～1 週間分：各病院にて異なる為確認する）CD-ROM（受傷部位画像）を持って転院する。

Ⅵ. 回復期病院を退院する時

1. 回復期病院では連携パスシートの回復期病院に関する欄を記載する。
2. 回復期病院より維持期病院へ紹介する場合、紹介状に合わせて、連携パスシート原本を同封する。回復期病院は一部をコピーし診療録に添付し、コストを算定する。紹介を受けた維持期病院は、維持期に関する欄を記入し二部コピーし、患者・家族へ控えを渡す。一部診療録を維持期病院の診療録にて管理し、原本は日光医療センター地域連携医療部に郵送。維持期病院はコストを算定する。
3. 回復期病院より日光医療センターへ紹介する場合、連携パスシートを 2 部コピー

し、一部は本人又は家族に渡し、一部を診療録に貼付する。原本を日光医療センター 地域連携・入退院支援センターに郵送。退院時にコストを算定する。

4. 回復期・維持期病院から連携パスシートの原本が日光医療センター地域連携・入退院支援センター宛てに戻ってくる。スキャナし電子カルテに保存する。

VII. 年 1 回提出する書類について

※ 報告に当たっては計画管理病院が連携する保険医療機関の分も合わせて行う

1. 計画管理病院
 - 1) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
 - 2) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
 - 3) 1) 及び 2) の患者にかかる自院における平均在院日数
 - 4) 1) 及び 2) の患者にかかる地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
 - 5) 1) 及び 2) の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数（連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。）及び連携する保険医療機関に転院した患者数。
2. 連携する保険医療機関
 - 1) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
 - 2) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
 - 3) ①及び②の患者にかかる自院における平均在院日数
 - 4) ①及び②の患者のうち、退院した患者数

令和 5 年 5 月 1 日改定

大腿骨頸部骨折の地域連携診療計画に関する説明

獨協医科大学日光医療センター

患 者 様

カルテNo.

令和 年 月 日
整形外科

1. 大腿骨頸部骨折の場合、合併症など支障がなければ手術治療を行います。比較的高齢者の方が受傷されることが多く、社会復帰に長期の期間を要するケースや、受傷をきっかけに寝たきりとなる場合もあります。自宅に戻られるためには、手術後歩行訓練などのリハビリテーションがとても重要となります。
2. 獨協医科大学日光医療センターでは、大腿骨頸部骨折の治療を円滑に進めていくために、地域の病院と役割分担して治療を進めております。手術と急性期のリハビリテーションは当センターで行い、その後（約2週間後）は、リハビリテーションを専門的に行っている病院に転院していただき退院に向けたリハビリテーションを進めていきます。転院先は、患者様や御家族様とご相談させていただき決定いたします。
3. その他、お分かりにくい点やご質問などございましたら、主治医・病棟看護師に遠慮なく御質問ください。
4. 獨協医科大学日光医療センターにおける地域連携パス使用可能な協力病院

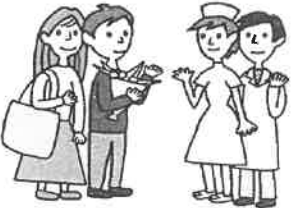
【回復期リハビリテーション病棟を持つ病院】

- ☐ 日光野口病院
住所：日光市野口445
- ☐ 塩原温泉病院
住所：那須塩原市塩原1333
- ☐ 宇都宮リハビリテーション病院
住所：宇都宮市御幸ヶ原町43-2
- ☐ 新宇都宮リハビリテーション病院
住所：宇都宮市東今泉2-5-31

【その他の病棟でリハビリ実施可能な病院】

- ☐ 足尾双愛病院
住所：日光市足尾町砂畑4147-2
- ☐ 日光市民病院
住所：日光市清滝安良沢町1752-10
- ☐ 尾形クリニック
住所：矢板市末広町45-3

大腿骨頸部骨折の治療について

《急性期》 1～2週間 日光医療センター	《回復期》 約2～3か月 リハビリテーション病院	《維持期》 約6か月 在宅・施設
○当院は、急性期病院のため、入院期間は、手術後約7～14日間です。 ○転院先などの調整のため当院のケースワーカーと面談をしていただきます。 ○患者様やご家族がご希望される転院先をご記入ください。 連携病院一覧 () 塩原温泉病院 () 日光野口病院 () 足尾双愛病院 () 宇都宮リハビリテーション病院 () 新宇都宮リハビリテーション病院 () 尾形クリニック () 日光市民病院  *リハビリ病院の都合でご希望通りの病院に転院できない場合もありますので、ご了承ください。	○入院時に選択されリハビリ病院にベッドが準備されています。 ○リハビリの評価を行い、患者様に合わせたプログラムでリハビリを進めていきます。 ○この期間に在宅に向けての準備を進めていきましょう。 ○介護保険の申請をしましょう。 ○必要に応じ住宅の改修をしましょう。 	○受傷前の歩行状態に近づくのが目的です。 ○転倒に注意して家庭生活を過ごしましょう。 ○家に閉じこもらないように外出しましょう。 ○デイサービスやデイケアを利用しましょう。 
リハビリの途中段階で他の施設へ転院される患者様も転院先で同じようにリハビリが進められます 転院の条件 ◎ 傷の痛みが無い ◎ 痛みのコントロールが出来る 		転院先の病院と当院は常に連携していますので転院先で状態が変化した場合などは当院に受診していただくこともできます 退院の条件 ◎ 家庭の環境が整う ◎ 家庭の理解がある ◎ 日常生活がほぼ一定  

訓練開始日	病棟リハビリ	リハ室リハビリ	車椅子乗車	歩行補助具歩行	片T字杖歩行	階段昇降	独立歩行
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
計画管理病院：獨協医科大学日光医療センター				回復期リハビリ病院		維持期かかりつけ医	
日光医療センター担当医：				かかりつけ医 無・有（ ）		担当医	
入院日				転院日		維持期受診日 年 月 日	
手術日 年 月 日 患肢 右・左				術式：□人工関節 □骨接合術（ ）			
【転院調整依頼時情報】				【退院時情報】			
受傷経過	□不可能 □自立/装具使用 □痛みあり歩行 □歩行器使用（□シルバーカー □4点杖 □T字杖） □車椅子使用（□自走 □時間がかかる □介助） □一部介助（□要監視 □腰を支える □手を引く）			介護保険	申請状況 □認定済 □未申請 □申請中 □非該当 介護度 □支1 □支2 □介1 □介2 □介3 □介4 □介5		
既往歴	□歳：高血圧 □歳：心疾患（ ） □歳：脳血管疾患 ⇒ 後遺症 無・有（ ） □歳：糖尿病（経口糖尿病薬・インスリン） □その他（手術歴）			医療情報	整形外科 〇なし □あり 再診日 / 退院後受診 他科管理 〇なし □あり（科名） 再診（ ） 医療処置 〇なし □あり（ ） 痛み 〇なし □あり 部位（ ） 荷重制限 〇なし □あり（1/2・1/3） 認知症 〇なし □あり 長谷川式（未評価・ ）点 危険行動 〇なし □あり 抑制 〇なし □あり（ ） 入院中の転倒 〇なし □あり 食事内容（ ） 嚥下機能障害 〇なし □あり		
家族構成 ※キーパーソン	家族構成 （ ） □一軒家（階）（持家・貸家） □アパート・マンション等（階） 退院後の居住地 □自宅 □施設（ ）			医療情報	日常生活機能評価退院時 年 月 日		
発症前 ADL	□自立 □独歩・杖 □歩行器・シルバーカー □車椅子 □その他（ ）			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
摂取形態	□経口摂取（□常食 □お粥 □きざみ □他） □経管栄養 □IVH □胃瘻			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
医療処置状況	気管切開：無・有（カニューレ種類： サイズ：） 吸引：無・有（回数 回/日） 酸素：無・有（ ）L/min 創傷処置：無・有（部位・処置内容） 専門的な治療・処置：無・有（ ）			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
国保（1割・2割・3割）・高齢（前期・後期 / 1割・2割・3割）	日常生活機能評価 転院調整依頼時 年 月 日			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
社会保険・自賠（一括・健保）・労災	※限度額適用認定証 有（区分）・無			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
生活保護（担当者： 連絡先：）	介護保険：無（未申請）・申請中（新規・変更・更新）・有（要支援）（要介護）			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
身体障害者手帳：無・有（級）疾患名（ ）	ケアマネジャー			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
入院中の合併症（脳血管障害、褥瘡、尿路感染等）	感染症			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
その他	血糖測定・インスリン・骨粗鬆症の治療など			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
退院後の希望：	RHゴール □車椅子 □トイレ自立 □歩行 □病前と同程度 □その他（ ）			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
退院先 □自宅 □施設 □療養型病院 申し込み □無 □有（ ）	説明日			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
担当看護師	病棟部長			患者の状況	得点（ ） 0点 1点 2点		
患者/家族サイン				患者/家族サイン			

脳卒中の地域連携診療計画に関する説明

獨協医科大学日光医療センター

患者様

カルテNo.

令和 年 月 日

脳神経内科

医師名

1. 脳卒中（脳梗塞・脳出血）は、急性期に再発や進行を防ぐ点滴、内服治療を行います。軽症の場合は急性期加療後速やかに自宅退院することも可能ですが、症状が残存している場合には、リハビリテーションが非常に重要な治療手段となります。そのため、当院での急性期のリハビリテーションが終了した後も継続的なリハビリテーションが必要となります。
2. 獨協医科大学日光医療センターでは、脳卒中の治療を円滑に進めていくために、地域の病院と役割分担して治療を進めております。急性期のリハビリテーションは当センターで行い、その後（2週間後）は、リハビリテーションを専門的に行っている病院に転院していただき、退院に向けたリハビリテーションを進めていきま転院先は、患者様やご家族様とご相談させていただき決定いたします。
3. その他、お分かりにくい点やご質問などございましたら、主治医・病棟看護師に遠慮なく御質問ください。
4. 獨協医科大学日光医療センターにおける地域連携パス使用可能な協力病院

【回復期リハビリテーション病棟を持つ病院】

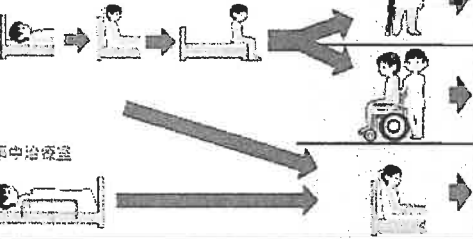
- ☐ 日光野口病院
住所：日光市野口445
- ☐ 塩原温泉病院
住所：那須塩原市塩原1333
- ☐ 宇都宮リハビリテーション病院
住所：宇都宮市御幸ヶ原町43-2
- ☐ 新宇都宮リハビリテーション病院
住所：宇都宮市東今泉2-5-31

【その他の病棟でリハビリ実施可能な病院】

- ☐ 足尾双愛病院
住所：日光市足尾町砂畑4147-2
- ☐ 日光市民病院
住所：日光市清滝安良沢町1752-10
- ☐ 尾形クリニック
住所：矢板市末広町45-3

栃木県脳卒中医療連携クリティカルパス Ver. 1

氏名	診断名	発症日： R 年 月 日
----	-----	--------------

	急性期 急性期病院			回復期 回復期リハビリ病院					維持期 在宅
	入院日～1週間	～2週	～3(退院・転院)	入院日	～2週	～4/6週	～2ヶ月	～3ヶ月	～5・6ヶ月/退院
目標	急性期治療とリハ開始 ■画像検査等を行い診断と適切な治療方法を決定します ■できるだけ早期にリハビリを開始します  ■症状・経過にあわせて離床を進めます	急性期治療終了 ■全身状態・合併症の治療を進めます ■病状にあわせてリハビリを進めます ■症状・経過にあわせて活動度を度更します ■急性期病院退院後の治療計画を検討します	リハビリの推進 ■全身状態・合併症の安定を図ります ■リハビリを進め、回復期のリハビリの準備をします ■状態に合わせて回復期リハビリ病院入院または施設入所、療養病院入院の準備を進めます	リハ計画の立案 ■運動機能の評価を行い治療目標を設定します 機能評価 ■リハビリ(訓練)計画を立てます ■介護保険手続きの調査をします ■リハビリコースの選定をします	リハ計画の再評価 ■積極的にリハビリを行い、活動度の向上を図ります ■運動機能の再評価とリハビリ計画の見直しをします ■全身状態・合併症の安定を図ります 	生活課題の明確化 ■ADLの評価を行い生活課題の問題点を明らかにして、リハビリ計画の見直しをします ■リハビリのゴールの設定と回復期リハ病院退院後の治療計画を検討します	問題点の再検討と退院の準備 ■生活課題の問題点の再評価を行い、リハビリ計画の見直しをします ■状態・状況に合わせて自宅退院、または施設入所、療養病院入院の準備を進めます 	生活環境の整備 ■リハビリのゴールの達成を確認し、ゴールに向けてリハビリを行います ■外出、外泊を進め自宅復帰の準備を進めます ■必要に応じて施設入所、療養病院入院の手続きを進めます 	維持期リハビリ ■退院時のADLの維持・向上を行います  ■全身状態・合併症のコントロールをします 
検査	□脳CT / MRI検査 レントゲン、心電図、血液・尿検査	□必要に応じて 検査 レントゲン CT MRI 心電図 血液 尿		□脳CT / MRI検査 レントゲン、心電図、血液・尿検査		□状態・必要に応じて 検査 レントゲン CT MRI 心電図 血液 尿			状態・必要に応じてCT/MRI、レントゲン、血液・尿検査など
治療	●治療の継続・追加および予防薬の継続追加投与をします ●間歇的/持続的に点滴をします ●必要に応じて手帳を授与します			●治療・予防薬の継続・追加をします		●治療・予防薬の継続・追加をします			●治療・予防薬の継続・追加をします
リハビリ	◆入院直後からのリハビリ開始 ◆臥床→「ベッド上」→「起床」 			①杖歩行/介助歩行→②階段昇降→③ADL自立→退院 A:軽症 (1～2ヶ月)  ①車いす/介助→②車いす/自立→③車いす/自立+杖歩行→④車いす/自立+杖歩行→ADL自立→退院 B:中等症 (3～4ヶ月)  ①臥床→②車いす/介助→③車いす/介助・車いす/自立→④車いす/自立・介助歩行→⑤車いす/介助・車いす自立・介助歩行→退院 C:重症 (5ヶ月) 					◆退院・通所・訪問でのリハビリ継続 
介護保険など	▲病状・予後の見通しの説明 ▲必要に応じて医療相談室等の利用 ▲退院・転院の説明・相談 ▲介護保険の説明 (▲介護保険申請)			▲リハビリコースの選定と説明 ▲介護保険申請 ▲住宅評価・改修費 ▲介護保険取得 ▲PEG検討 ▲ケアマネ選定 ▲在宅改修/動作評価 ▲介護・福祉の利用					

回復期患者基本情報		病院名:	主治医:	患者ID:	患者氏名: テスト 007	男性
回復期入院日:	年	月	日	回復期退院日:	年	月 日 (☐ 自宅退院 ☐ 転院)
紹介元: 獨協医科大学日光医療センター		紹介元医師:		紹介先:		
転帰: ☐ 自宅退院 ☐ 老人保健施設 ☐ その他施設 ☐ 療養型病院 ☐ 別の回復期病院 ☐ (亜)急性期病院 (☐ 脳卒中再発 ☐ その他) ☐ 死亡						
介護保険: ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 取得(介護度:) 追加食べ物アレルギー ☐ なし ☐ あり()						
追加薬物アレルギー: ☐ なし ☐ あり()						

回復期退院時情報

- 回復期退院時mRS: ☐ 0:症状なし ☐ I:軽度の障害 ☐ II:自力で身の回りができる ☐ III:自力歩行可(杖, 装具含) ☐ IV:介助歩行 ☐ V:寝たきり
- 意識: ☐ 清明 ☐ I 桁 ☐ II 桁 ☐ III 桁 ●高次脳機能障害: ☐ なし ☐ 運動性失語 ☐ 感覚性失語 ☐ 全失語 ☐ 病態失認 ☐ 空間無視 ☐ その他
- 麻痺: ☐ なし ☐ あり: ☐ 右上肢(☐ 挙上不可 ☐ 手開閉不可) ☐ 左上肢(☐ 挙上不可 ☐ 手開閉不可) ☐ 右下肢(☐ 挙上不可) ☐ 左下肢(☐ 挙上不可)
- 失調: ☐ なし ☐ あり: ☐ 体幹 ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢

回復期退院時治療		☐ 輸液あり: ☐ 末梢 ☐ 中心静脈(挿入日: 挿入部位:)	☐ 酸素あり: ℓ ☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ ふきながし
☐ 挿管あり(サイズ: ☐ mm Fr 挿入日:)	☐ 気切あり: サイズ: ☐ mm Fr 次回交換日:	☐ 開窓 ☐ 切開 ☐ 喉摘	
☐ 心電図モニター要 ☐ SpO2モニター要(☐ 持続 ☐ 適時:)	☐ 嚥下性肺炎あり(☐ 既往 ☐ 合併中)		
☐ 経鼻胃管あり(サイズ: Fr 挿入日:)	☐ 胃瘻あり(サイズ: Fr 次回交換日: 種類:)		
☐ 留置バルーンあり(サイズ: Fr 挿入日:)	☐ インスリンあり(内容:)		
☐ 再診あり(病院名: 科名: 担当医: 疾患名: 再診日:)			

(亜)急性期病院転院時のコメント(経過や検査所見などを記入)

回復期又は維持期(発症約3か月後)状態報告(記載E	年	月	日 / 維持期の場合は医療機関名:)
●維持期報告時mRS: ☐ 0:症状なし ☐ I:軽度の障害 ☐ II:自力で身の回りができる ☐ III:自力歩行可(杖, 装具含) ☐ IV:介助歩行 ☐ V:寝たきり ☐ VI:死亡			

★上記「保険適用外」にチェックが付いていない場合、回復期および維持期施設は、該当箇所にご記入の上、P1～P3の複写を急性期病院病診連携室宛に戻してください。

看護師記載	急性期病院記載欄 急性期退院時(記載日: 年 月 日)	回復期施設(病院、診療所)記載欄 回復期退院時(記載日: 年 月 日)	維持期施設(病院、診療所、介護施設など)記載欄 維持期初診時(記載日: 年 月 日)
●床上安静の指示	☐ 0:なし ☐ 1:あり	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
●どちらかの手を胸元 まで持ち上げられる	☐ 0:できる ☐ 1:できない	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
●寝返り	☐ 0:できる ☐ 1:何かにつかまればできる ☐ 2:できない	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
●起き上がり	☐ 0:できる ☐ 1:できない	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
●座位保持	☐ 0:できる ☐ 1:支えがあればできる ☐ 2:できない	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
●移乗	☐ 0:できる ☐ 1:見守り・一部介助が必要 ☐ 2:できない ★1 補足 ☐ A:要監視 ☐ B:軽介助 ☐ C:部分介助	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C
●移動方法	☐ 0:介助不要 ☐ 1:介助を要する(搬送含) ★1 補足 ☐ A:杖・装具歩行 ☐ B:介助歩行 ☐ C:車椅子自走 ☐ D:車椅子介助 ☐ E:ベッド	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
●口腔清潔	☐ 0:できる ☐ 1:できない ★1 補足 ☐ A:部分介助 ☐ B:全介助	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B
●食事摂取	☐ 0:介助なし ☐ 1:一部介助 ☐ 2:全介助 ★補足① ☐ A:経口 ☐ B:経鼻胃管 ☐ C:胃瘻 ☐ D:輸液 ★補足② ☐ A:むせなし ☐ B:常時むせ ☐ C:頻回むせ ☐ D:時々むせ ☐ E:たまにむせ ★補足③ ☐ A:吸引不要 ☐ B:時々吸引 ☐ C:8回/日未満の吸引 ☐ D:8回/日以上での吸引 ★補足④ ☐ A:とろみ剤・キザミ不要 ☐ B:とろみ剤要 ☐ C:キザミ要 ☐ D:とろみ剤・キザミ要 ★食事内容:	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
●衣服の着脱	☐ 0:介助なし ☐ 1:一部介助 ☐ 2:全介助	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
●他者への意志伝達	☐ 0:できる ☐ 1:できる時とできない時がある ☐ 2:できない ★1・2 補足 ☐ A:意識障害 ☐ B:失語 ☐ C:認知症 ☐ D:構音障害 ☐ E:挿管・気切	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
●診療・療養上の 指示が通じる	☐ 0:はい ☐ 1:いいえ ★1 補足 ☐ A:意識障害 ☐ B:失語 ☐ C:認知症 ☐ D:難聴 ☐ E:視力障害	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
●危険行動	☐ 0:ない ☐ 1:ある ★補足 ☐ A:日中 ☐ B:夜間 ☐ C:昼夜逆転 ☐ D:不穏 ☐ E:徘徊 ☐ F:時々転倒 ☐ G:しばしば転倒 ☐ H:頻回に転倒 ☐ I:ミトン ☐ J:体幹抑制 ☐ K:四肢抑制 ☐ L:車椅子シートベルト ☐ M:うつ ☐ N:抗うつ薬使用 ☐ O:精神科受診あり ☐ P:抗精神病薬使用 ☐ Q:睡眠薬使用	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q	☐ 0 ☐ 1 ★ ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q
■排泄一般	☐ A:尿意・便意あり ☐ B:尿意・便意なし ☐ C:普通トイレ ☐ D:おむつ ☐ E:ポータブルトイレ ☐ F:留置バルーン	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F
■排尿	☐ A:自立 ☐ B:一部介助 ☐ C:全介助 ☐ D:時々失禁 ☐ E:いつも失禁 ☐ F:間欠導尿 ☐ G:夜間排尿あり(回数: 平均 回)	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G
■排便	☐ A:自立 ☐ B:一部介助 ☐ C:全介助 ☐ D:時々浣腸 ☐ E:ほぼ定期的な浣腸	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
■洗面	☐ A:自立 ☐ B:一部介助 ☐ C:全介助	☐ A ☐ B ☐ C	☐ A ☐ B ☐ C
■入浴	☐ A:自立 ☐ B:一部介助 ☐ C:全介助	☐ A ☐ B ☐ C	☐ A ☐ B ☐ C
■褥瘡	☐ A:なし ☐ B:あり(部位とサイズ:)	☐ A ☐ B()	☐ A ☐ B()
■拘縮	☐ A:なし ☐ B:あり ☐ ①右左上肢 ☐ ②右手 ☐ ③左上肢 ☐ ④左手 ☐ ⑤右下肢 ☐ ⑥右足 ☐ ⑦左下肢 ☐ ⑧左足	☐ A ☐ B ☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧	☐ A ☐ B ☐ ① ☐ ② ☐ ③ ☐ ④ ☐ ⑤ ☐ ⑥ ☐ ⑦ ☐ ⑧

★上記「保険適用外」にチェックが付いていない場合、回復期および維持期施設は、該当箇所にご記入の上、P1～P3の複写を急性期病院病診連携室宛に戻してください。

栃木県脳卒中医療連携クリティカルパスVer.1.3

☐ 保険適用外

P.1:急性期病院記載(紹介・退院時)

看護
師
記
入

患者基本情報		病院名: 獨協医科大学日光医療センター	入院日: 年 月 日
診療科名: 整形外科	主治医:	退院日: 年 月 日	患者ID:
患者名:	性別	生年月日:	発症日: 年 月 日
かかりつけ医:		紹介先:	
薬物アレルギー: ☐ なし ☐ あり(			
食べ物アレルギー: ☐ なし ☐ あり(			
体内金属: ☐ なし ☐ あり(☐ MR撮像可 ☐ MR撮像不可	金属内容:		

医
師
記
入

脳卒中病型	☐ くも膜下出血: ☐ 脳動脈瘤 ☐ 血管奇形 ☐ 解離 ☐ その他の原因:(
☐ 脳梗塞: ☐ ラクナ ☐ アテローム ☐ BAD ☐ 心原性 ☐ 奇異性 ☐ 解離 ☐ その他の原因:(	
☐ 脳内出血: ☐ 高血圧性 ☐ 脳アミロイド ☐ 血管奇形 ☐ その他の原因:(	
☐ その他の脳卒中:(疾患名:	

医
師

脳卒中画像診断	●病巣: ☐ 右半球 ☐ 左半球 ☐ 小脳 ☐ 脳幹 ☐ 単発 ☐ 多発 ☐ 不明
●頭蓋外動脈高度狭窄: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ☐ 治療済み	●頭蓋内動脈高度狭窄: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ☐ 治療済み
●水頭症: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ☐ 治療済み	●脳動脈瘤: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 ☐ 治療済み

医
師

脳卒中危険因子	☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病(☐ 内服 ☐ インスリン) ☐ 慢性腎臓病 ☐ 不整脈 ☐ 冠動脈疾患 ☐ その他心疾患
☐ 喫煙 ☐ 飲酒 ☐ 脳卒中家族歴 ☐ 脳梗塞既往 ☐ 脳出血既往 ☐ その他(	

医
師

脳卒中推奨薬剤 (退院後追加処方も含む)	☐ シロスタゾール ☐ クロピドグレル ☐ アスピリン ☐ ダビガトラン ☐ アピキサバン ☐ エドキサバン ☐ リバーロキサバン
☐ ワルファリン(PT-INR: ~) ☐ ARB ☐ ACE-I ☐ Ca拮抗薬 ☐ 利尿薬 ☐ スタチン ☐ DHA・EPA/EPA ☐ その他(	
☐ 抗てんかん薬() ☐ その他(	

医
師

紹介時情報	●最終血圧目標: ☐ 脳卒中ガイドラインと同じ ☐ その他(
●発症前mRS: ☐ 0:症状なし ☐ I:軽度の障害 ☐ II:自力で身の回りができる ☐ III:自力歩行可(杖, 装具含) ☐ IV:介助歩行 ☐ V:寝たきり	
●急性期退院時mRS: ☐ 0:症状なし ☐ I:軽度の障害 ☐ II:自力で身の回りができる ☐ III:自力歩行可(杖, 装具含) ☐ IV:介助歩行 ☐ V:寝たきり	
●意識: ☐ 清明 ☐ I 析 ☐ II 析 ☐ III 析	●高次脳機能障害: ☐ なし ☐ 運動性失語 ☐ 感覚性失語 ☐ 全失語 ☐ 病態失認 ☐ 空間無視
●麻痺: ☐ なし ☐ あり: ☐ 右上肢(☐ 挙上不可 ☐ 手開閉不可) ☐ 左上肢(☐ 挙上不可 ☐ 手開閉不可) ☐ 右下肢(☐ 挙上不可) ☐ 左下肢(☐ 挙上不可)	
●失調: ☐ なし ☐ あり: ☐ 体幹 ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢	

看護
師

紹介時治療	☐ 輸液あり: ☐ 末梢 ☐ 中心静脈(挿入日: 挿入部位:) ☐ 酸素あり: ☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ ふきながし
☐ 挿管あり(サイズ: ☐ mm Fr 挿入日:) ☐ 気切あり:サイズ: ☐ mm Fr 次回交換日: ☐ 開窓 ☐ 切開 ☐ 喉摘	
☐ 留置バルーンあり(サイズ: Fr 挿入日:) ☐ インスリンあり(内容:)	
☐ 経鼻胃管あり(サイズ: Fr 挿入日:) ☐ 胃瘻あり(サイズ: Fr 次回交換日: 種類:)	
☐ 心電図モニター要 ☐ SpO2モニター要(☐ 持続 ☐ 適時:) ☐ 嚥下性肺炎あり(☐ 既往 ☐ 合併中)	
☐ 再診あり(病院名: 科名: 担当医: 疾患名: 再診日:)	
説明日	説明医師 印 患者・家族サイン 病棟師長 印

★上記「保険適用外」にチェックが付いていない場合、回復期および維持期施設は、該当箇所にご記入の上、P1～P3の複写を急性期病院病診連携室宛に戻してください。

冠動脈スクリーニング(造影CT)検査利用のご案内

当センターでは、地域住民の健康増進のため、虚血性心疾患の早期発見をめざし各医療施設よりハイリスク患者の冠動脈スクリーニング CT 検査を受け入れる取り組みを推奨しています。

オープン検査で冠動脈造影 CT 検査を各医療機関より受け入れる試みです。

医師からの検査説明、検査のみであり、外来診察はありません。

また、検査依頼・チェックシートが診療情報提供書となるため、紹介状は必要ありません。

Ⅰ 対象患者

糖尿病、高血圧、高脂血症、喫煙、心疾患の家族歴、これらのうち複数のリスクがある方
狭心症や心筋梗塞の既往があり、心臓カテーテル検査を5年以上行っていない方 等

Ⅰ 冠動脈スクリーニング CT 検査予約の流れ

①依頼医から地域連携・入退院支援センターに電話による申し込み

地域連携・入退院支援センター（直通：0288-23-7100）

「冠動脈スクリーニング CT 検査の予約」

患者氏名・生年月日・医療機関名・希望日時・

初診の場合は保険情報を確認。

検査依頼・チェックシートによる記載の確認。

※検査依頼・チェックシートは当センターホームページにてダウンロードしてください。

②検査日を依頼医にその場で通知し、予約票を依頼医に FAX で送付

Ⅰ 検査日当日（循環器内科予約時間に来院、検査予約 1 時間前）

・総合外来受付にて検査依頼・チェックシートを確認

・循環器内科受診 身長・体重測定、バイタルチェックを行う。

・造影検査の説明後、承諾・同意書にサインをいただく。

・検査前投薬（βブロッカー or ワソラン等）内服、飲水の確認、腎機能障害時は追加輸液有り

・前投薬投与 1 時間後、放射線部でニトログリセリン投与後、造影剤注射し撮影（20 分前後）
撮影時は 12-13 秒息止めしていただく必要があります。

・検査後 20 分の休憩を取り帰宅していただく。

Ⅰ 検査結果報告

約 1 週間後に依頼医に検査結果の報告書送付、あるいは後日来院いただき結果報告。

Ⅰ 冠動脈スクリーニング CT 検査予約・実施日時

月曜日～金曜日 午後 1:30 ～ 3:00

来院時間は循環器内科予約時間（検査の約 1 時間前）

検査日当日は昼食を取らず、飲水は 500ml 程度取る。

内服薬は依頼医の先生の指示がない場合はいつも通り服用する。

●来院時持参していただくもの

①保険証 ②予約票 ③検査依頼・チェックシート

④診察カード（当センター受診歴ある方のみ）

Ⅰ 冠動脈スクリーニング CT 検査の適応外

・ペースメーカー植込み症例 ・頻拍性の心房細動 ・未治療の喘息患者

・15 秒程度息止めができない方 ・造影剤アレルギーのある方

・腎機能 eGFR45 未満の方

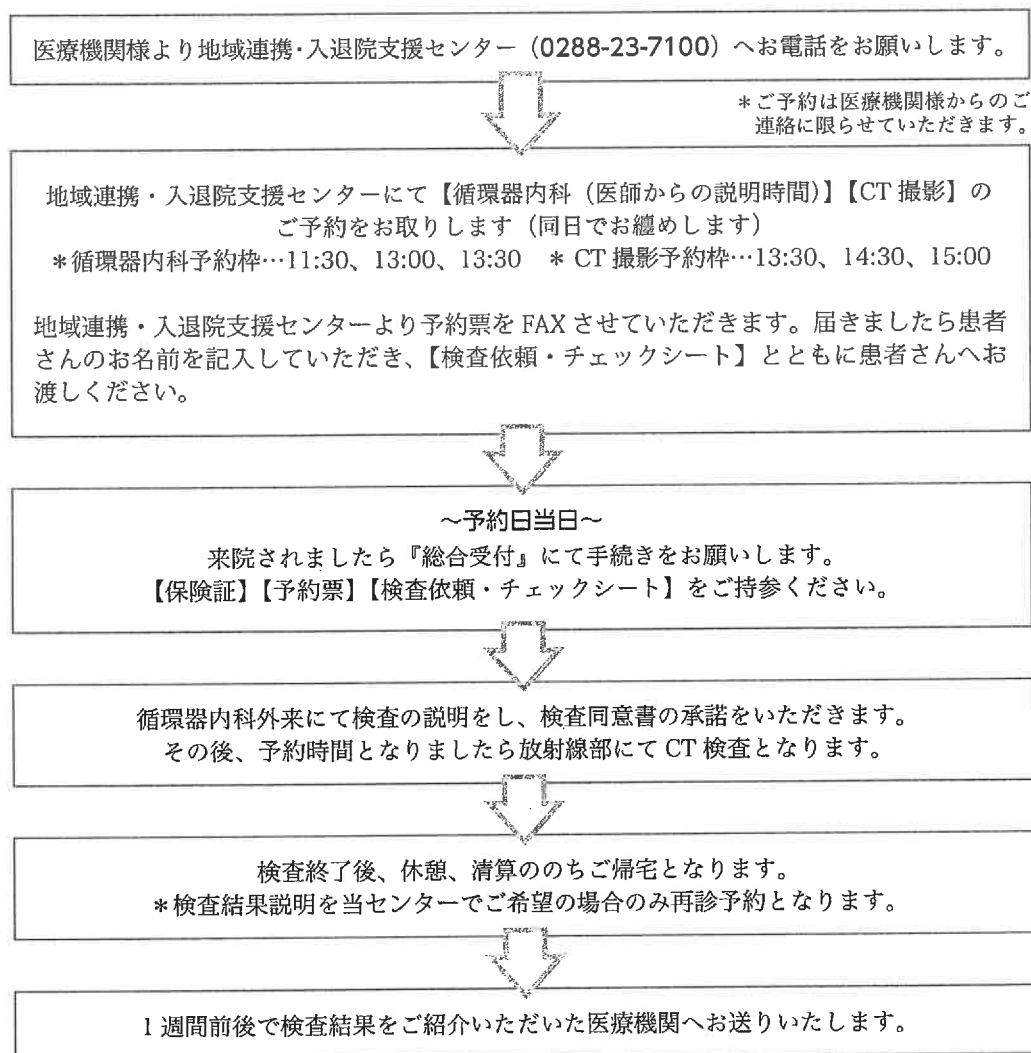
Cr1.3. 以上では造影不可

※ MRI 検査のご依頼については今回の冠動脈スクリーニング検査の対象としていないため、通常通り循環器内科の外来へご紹介ください。

また、体調不良等で検査のキャンセルをご希望される方は、地域連携・入退院支援センター
(直通：0288-23-7100) までご連絡ください。

獨協医科大学日光医療センター 循環器病センター
電話：0288-23-7000 (代表)

■冠動脈造影 CT 検査～ご依頼から結果までのフローチャート～



「旅行透析」

当センターでは旅行透析・臨時透析をお受けいたしております。
栃木県 (日光・鬼怒川方面) の旅行をご検討されている場合はご連絡下さい。
* ご利用につきましては、当センターホームページをご覧ください。

お問い合わせ先

獨協医科大学日光医療センター 地域連携・入退院支援センター
TEL : 0288-23-7100 FAX : 0288-23-5057

冠動脈スクリーニングCT検査依頼・チェックシート (診療情報提供書)

検査を受けるにあたり、患者様・ご家族様にCT検査の目的・方法・予測される
リスク等説明し、同意のもと検査等を依頼します。

フリガナ		貴院の名称	
氏 名:			
生年月日:M・T・S・H 年 月 日 (歳)			
電話番号:		医師氏名:	
疾 患 名:		電話番号:	
身 長:	cm	体 重:	kg
		日光医療センター受診歴:	有 ・ 無 ・ 不詳

＊検査実施時の確認事項＊

1) 最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください	mg/dl 検査日(年 月 日)
＊クレアチニン1.3mg/dl 以上(eGFR 45未満)の場合、検査が出来ない可能性があります	
2) メトホルミン(糖尿病用剤)を服用している	☐ はい ☐ いいえ
＊内服している場合、検査日 1日前から3日間服用を止めていただきます	
3) 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)が入っている	☐ はい ☐ いいえ
4) 透析を実施している	☐ はい ☐ いいえ
5) 喘息の既往がある	☐ はい ☐ いいえ
⇒ ある場合…… 現在治療中である	☐ はい ☐ いいえ
6) アレルギーがある (アレルギー:)	☐ はい ☐ いいえ
7) 甲状腺機能亢進症の治療中である	☐ はい ☐ いいえ
8) (女性のみ)妊娠中である	☐ はい ☐ いいえ
9) 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがある	☐ はい ☐ いいえ
⇒ その時副作用はありましたか?(症状:)	
10) 既往歴: ()	
11) 手術歴: (年頃 部位・診断)	
12) 検査結果の説明は貴院で行いますか?	☐ はい ☐ いいえ
＊いいえの場合、当センターで後日結果説明の再診が入ります	
13) 処方箋のコピーを添付してください。(おくすり手帳持参でも可)	☐ はい ☐ いいえ
14) 申し送り事項があればお書きください。	

獨協医科大学日光医療センター
地域連携・入退院支援センター 直通
 電 話 : 0288-23-7100
 F A X : 0288-23-5057

この依頼書を日光医療センター循環器内科 外来担当医宛に持参下さいませようよろしくお願いいたします。
 ご紹介患者様の検査結果(検査レポート・CD・報告書)は1週間前後にお送りいたします。

冠動脈スクリーニングCT検査 予約票

患者氏名	様
予約日	年 月 日 ()
来院時間は	時 分
循環器内科予定は (医師の説明)	時 分
検査予定は	時 分

＜注意事項＞

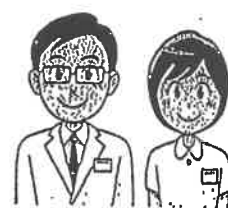
1. 検査当日は、来院時間に総合受付へお越しください。
 検査を受けていただく前に循環器内科医師の説明があります。
 (保険証・紹介状・予約票をご持参ください。)
2. 造影検査を受ける方は、昼食はとらないでください。
 但し、水分(お水またはお茶)は検査前までに、必ず500ml程度おとりください。
3. 当日の薬の服用は主治医の指示に従ってください。
4. 造影剤アレルギーのある方は、前もってお伝えください。
5. 体調が悪い場合は、検査を受けられない可能性があるため、体調不良で
 検査のキャンセル・延期をご希望される方は、下記までご連絡ください。
6. 心臓ペースメーカー・徐細動器使用の方は、検査を受けられない場合があります。
 ペースメーカー手帳を医師・放射線技師にご提示ください。

※ ご不明な点、またはご都合で検査が受けられなくなった場合など、
 下記までご連絡ください。

獨協医科大学日光医療センター
 地域連携・入退院支援センター
 電話:0288-23-7100
 月～金 9:00～16:30
 土 9:00～13:00
 ◆第3土曜日・祝日を除く

心臓CT検査をお受けになる患者さんへ

安心して検査を受けて頂くための説明です。
検査を受けられる前に必ずお読みください。



①心臓CT検査とは？

体にX線を照射し、撮影した体内の画像をコンピューターを使って立体的にみたり、血管の中をみることで心臓の状態や働きを詳しく検査します。

入院の必要はありません。

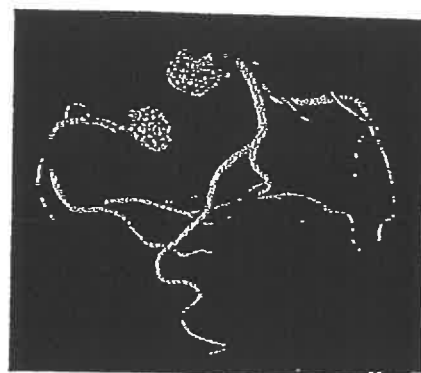
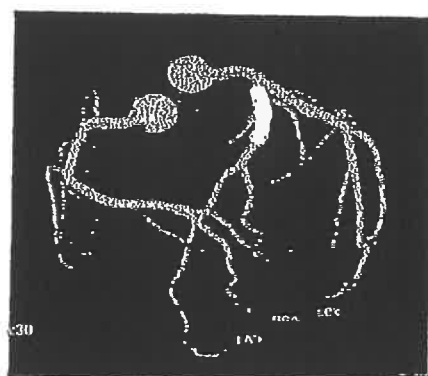
検査にかかる時間は15～30分程度です。

検査前には着替え、事前説明、血圧測定などがあります。

※不整脈が多い方、撮影時に15秒ほどの息止めが出来ない方、腎臓の働きが著しく低下している方、造影剤アレルギーがある方や妊娠している方などは検査が受けられないことがあります。主治医にご相談ください。

②心臓CT検査で分かること

心臓に酸素や栄養を送る冠動脈と呼ばれる血管の状態が分かります。



冠動脈が細くなり、心臓に十分な酸素が送れなくなることによっておこる狭心症・心筋梗塞などの虚血性心疾患や生まれながらにある心臓や血管の異常などを早期に発見することが出来ます。

また、手術後の血管の状態なども調べる事が出来ます。

③検査前

検査当日の食事は昼食を控えていただきますが、朝食は普通に取られて結構です。
検査前にのどが渇かないよう、水またはお茶を500ml程度飲んでください。

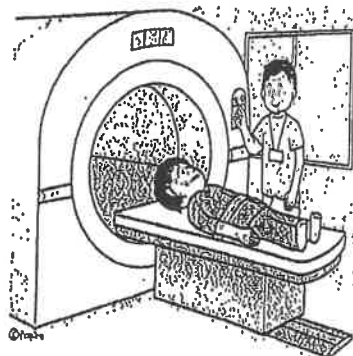
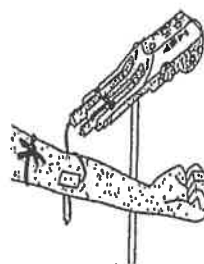
脈の速さが検査に影響することがありますので、
検査用のお薬を内服して頂くことがあります。
検査前の指定時刻にお越しください。
検査前に簡単な診察と問診があります。



④検査中

放射線検査室にて造影剤を静脈注射しながら検査を行います。
造影剤注射中一時的に体が温かく感じる場合があります。
検査室スタッフといつでも会話が出来ますので、
気分が悪くなった場合はすぐにお知らせください。

撮影時には、15秒ほどしっかり
息を止めて、体を動かさないでください。
脈拍が早いと落ち着くまで検査時間が
かかる場合があります。



造影剤を静脈注射します

■造影剤とは？

詳しい画像診断を得るために必要なヨードを含む薬剤で、ヨード造影剤とよばれています。検査中～検査終了数日後、まれに、造影剤の副作用として吐き気、発疹、かゆみなどの症状がみられることがありますので、異常を感じたらすぐに申し出てください。

※腎臓病、気管支喘息、アレルギー体質のある方、以前に造影剤で気分が悪くなったことのある方や糖尿病でお薬を飲まれている方は検査前に主治医もしくは検査スタッフにご相談ください。

⑤検査終了後

待合室で20分程度休憩し会計を済ませてから帰宅します。

造影剤の尿への排泄を促すために、水やお茶などを多めに飲んでください。(500ml程度)

検査結果は後日担当医より説明されます。

なお、ご不明な点やご質問は、主治医や検査スタッフにご相談ください。

また、体調が悪い時は検査を受けられない可能性があるため、体調不良で検査のキャンセルをご希望される方は、病院までご連絡ください。

医療機器共同利用の手引き



令和3(2021)年1月策定
(令和6(2024)年9月改定)



地域医療連携推進法人
日光ヘルスケアネット

地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネットとは

日光ヘルスケアネットは、急速な人口減少と少子高齢化が進行する中、患者の状態に応じて必要かつ十分な医療を効率的に受けられるよう、参加法人による恒常的な話し合いを通じて、医療機関の機能分担・連携推進を図り、日光地域において将来にわたって安定的な医療提供体制の構築を目指すことを目的に設立した法人です。

【参加法人一覧】

法人の名称	施設又は事業所
医療法人社団双愛会	足尾双愛病院、介護老人保健施設そうあい、介護医療院そうあい
社団医療法人明倫会	今市病院、日光野口病院
医療法人秀明会 大澤台病院	大澤台病院
社団医療法人栄仁会	かわかみクリニック
学校法人獨協学園	獨協医科大学日光医療センター
公益社団法人 地域医療振興協会	日光市民病院、介護老人保健施設にっこう
社団医療法人英静会	森クリニック、介護老人保健施設ヴィラフォーレスタ（森の家）、訪問看護ステーションフォレスト日光
医療法人 矢尾板記念会	見龍堂クリニックかわせみ、見龍堂医療福祉総合クリニック、認知症高齢者グループホームかわせみ、介護老人保健施設今市Lケアセンター・メディケアユニット、介護医療院だんえん、居宅介護支援事業所かわせみ、ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット
医療法人社団志幸会	木村内科医院
	新沢外科（個人開業）
日光市	奥日光診療所、小来川診療所、国民健康保険栗山診療所、三依診療所、湯西川診療所、休日急患こども診療所

地域医療連携推進法人 日光ヘルスケアネット 事務局

住所 日光市平ヶ崎１０９番地（日光市今市保健福祉センター内）

（電話）０２８８－２５－６８４０ （FAX）０２８８－２５－６８３９

目 次

医療機器共同利用のイメージ	1
1 日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは	2
2 共同利用できる医療機器と利用料・保険請求	2
3 共同利用の流れについて	3
4 医療機器利用時の注意事項	4
表1 共同利用機器一覧	5
表2 共同利用担当窓口（医療機関別）	6
検査申込書（様式第1号）	7
MR I 検査問診票（様式第2号）	8
5 参考資料	9
表3 医療機器共同利用システムの対象外医療機器（紹介状が必要）	
医療機器共同利用検査に係る委託契約書（写）	
医療機器共同利用検査に係る委託契約書の変更契約書（写）	
医療機器共同利用検査に係る委託契約書の変更契約書（第2回）（写）	

《医療機器共同利用のイメージ》



①患者さんの希望日、希望時間などを確認してお電話ください。

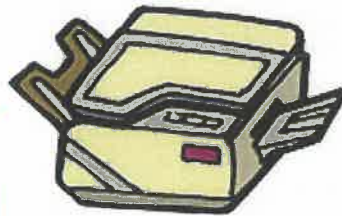
「表1 共同利用機器一覧」より、必要な機器、患者さんの通院範囲などにより医療機関を選定し、当該医療機関の担当までお電話ください。



②担当者がご希望日を伺いその場で予約状況を確認します。



③患者さんに必要事項を説明のうえ、「検査申込書(様式第1号)」及びMRIの場合は、「MRI検査問診票(様式第2号)」を作成していただきます。完成後、作成した上記書類をFAXしてください。



④正式に予約の手続きを行います。



⑤予約日当日は、総合受付にお越しいただき、受付後撮影を行います。MRIの場合は、「MRI検査問診票(様式第2号)」を持参させてください。



検査当日は、撮影終了後、そのままお帰りいただきます。結果及び請求書は後日、依頼された先生に送付いたします。DXA検査は、撮影終了後、検査結果(紙)をお渡しします。



1 日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは

日光ヘルスケアネットによる医療機器共同利用システムとは、地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「HCN」と記載。）の参加医療機関が保有する医療機器を、上都賀郡市医師会（以下「医師会」と記載。）の会員となっている先生方が開設する又は勤務する医療機関において、自ら保有する医療機器として利用できるシステムです。

これまで、患者さんについて他の医療機関での検査が必要な場合には、患者さんが先生方の紹介状を持参して医療機関を受診し、検査日を予約してから検査を受けていましたが、このシステムでは、事前の予約と問診票の送付のみで、検査を受けられようになります。

なお、造影剤投与によるMRIや人工透析など、医師の関与が必要な医療機器「表3 医療機器共同利用システムの対象外医療機器（紹介状が必要）（P10）」については、これまでどおり紹介状を持参していただくことになります。

2 共同利用できる医療機器と利用料・保険請求

（1）共同利用できる医療機器

共同利用できる医療機器は、「表1 共同利用機器一覧（P5）」のとおりです。先生方の利用目的、医療機器の機能と性能、メーカー、患者さんの希望などを参考に、医療機関と利用機器を選定してください。

（2）共同利用のための契約

医療機器の共同利用については、HCNと医師会との一括契約となるため、個々に契約する必要はありません。

（3）医療機器の利用料金・保険請求

ア 医療機器の利用料金は、保険点数に10円を乗じた額となります。

イ 検査後、原則として、検査を実施した医療機関から画像CDとともに、利用料金請求書及び内訳書を送付いたしますので、出来る限り請求月内にお振込みください。

ウ 検査を依頼した医療機関においては、内訳書に基づき、患者さんへの自己負担金の請求と検査・診断に係る保険請求を行ってください。なお、検査実施医療機関が読影を行った場合、診断料の費用も検査依頼医療機関に請求させていただきます。

※ 保険請求は、検査実施医療機関の施設基準により算定してください。その際、レセプトには必ず「画診共同」と記載してください。

3 共同利用の流れについて

（1）検査の依頼・検査日の予約

ア 患者さんのご都合等を確認し、検査実施を希望する医療機関の担当窓口「表2 共同利用担当窓口（医療機関別）（P6）」あて、電話にてお申し込みください。担当者が予約日の確認を行い、その場で、予約日・予約時間をお知らせいたします。

イ 先生方におかれては、患者さんに予約日・予約時間をお伝えいただくとともに、

検査に当たっての必要事項を説明の上、「検査申込書（様式第1号）」及びMRIの場合は、「MRI検査問診票（様式第2号）」を作成し、事前に担当者あてFAXにて送信ください。

なお、「MRI検査問診票（様式第2号）」につきましては、患者さんに持参させてください。

（2）検査当日の流れ

ア 患者さんは、検査実施医療機関にて受け付けし、検査を受けてください。

※ 基本的に検査当日に診療行為は行いませんが、体調不良などを考慮し、念のため、保険証をご持参ください。

イ 検査終了後、患者さんは、そのままお帰りください。（検査によっては、画像CDをお渡しすることもありますので、ご注意ください。）

DXA検査のみ検査結果（紙）をお渡しします。

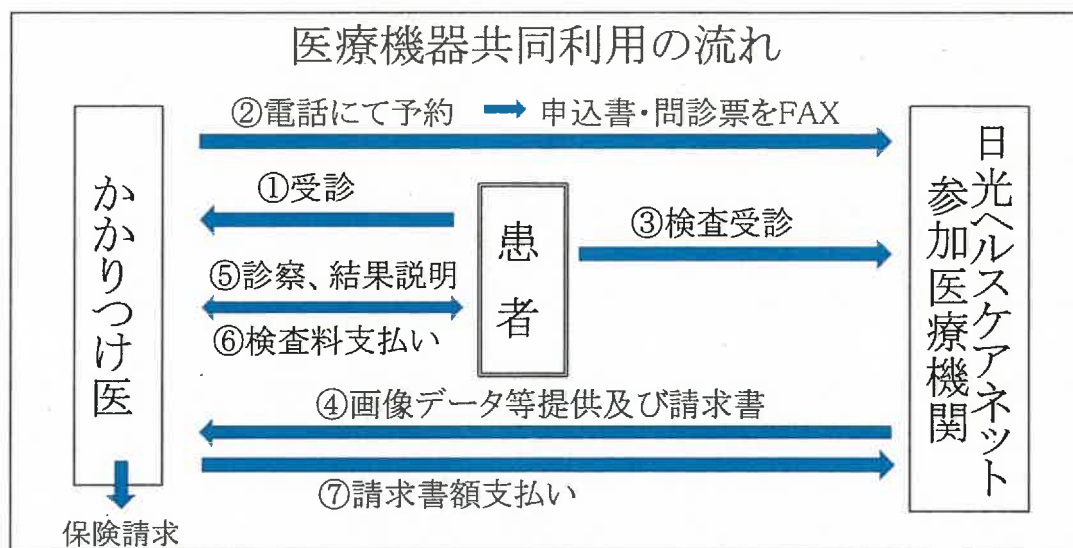
（3）検査結果の報告

ア 「読影レポート」を希望される場合

放射線担当医等が読影を行い、紙面にてレポートを作成いたします。画像については、CDを作成し、後日郵送いたします。

イ 「読影レポート」を希望されない場合

検査終了後、画像CDを作成し、先生方に郵送いたします。（検査によっては患者さんにお渡しすることもあります。）



4 医療機器利用時の注意事項

- ① MRIについては、体内金属（ペースメーカー、インプラント等）や刺青などがある場合は、検査を実施することができません。その他、個々の検査における一般的な留意事項につきましても、先生方から患者さんに必ず説明してください。
- ② 検査日・検査時間に患者さんが来院されない場合は、キャンセル扱いとして先生方に連絡させていただきます。
- ③ 検査中に体調不良などが生じた場合は、検査実施医療機関で保険診療を行う可能

性があります。

- ④ MRI 検査問診票（様式第 2 号）に記載されていない事態が発生した場合など、当日の患者さんの体調等によっては、検査実施医療機関の判断で検査を中止させていただく場合があります。
- ⑤ DXA 検査（骨密度）の測定部位は、腰椎・大腿骨・前腕になります。
測定部位の体内に金属が入っている方は、測定できません。
撮影時間は、午後になりますので、ご了承ください。

表1 共同利用機器一覧(令和6年9月改定)

病院名	医療機器		備考
	機器名(性能)	メーカー名	
足尾双愛病院	CT(16列)	キャノンメディカル	
今市病院	CT(80列)	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。
	CT(16列)	キャノンメディカル	
	MRI(1. 5T)	GE	
獨協医科大学日光医療センター	CT(80列)	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。 頭部、脳の部位の撮影を除く。(※脳神経内科宛での画像検査依頼の紹介状を持参いただき、外来診療にて対応します。表3参照)
	CT(64列)	フィリップス	
	MRI(1. 5T)	シーメンス	
	X線(DXA)骨密度測定装置	Hologic	
日光市民病院	CT(16列)	キャノンメディカル	要望により読影レポート作成
	MRI(1. 5T)	GE	
	X線(DXA)骨密度測定装置	富士フィルム	前腕のみ
森クリニック	CT(4列)	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。
	MRI(0. 25T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT(16列)	富士フィルム	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT(16列)	富士フィルム	

※医療機関において、機器の更新等により、性能やメーカー名に変更がある場合があります。

表2 共同利用担当窓口(医療機関別) (令和6年9月改定)

病院名	住所	連絡先	
		担当部署	電話番号
足尾双愛病院	日光市足尾町砂畑 4147-2	事務室	0288-93-2011
今市病院	日光市今市 381	放射線室	0288-22-2200 (内線 7113)
大澤台病院	日光市山口 867-3	事務課	0288-26-2828
獨協医科大学日光医療センター	日光市森友 145-1	地域連携・入退院支援 センター	0288-23-7100
日光市民病院	日光市清滝安良沢町 1752-10	地域連携室・医事課	0288-50-1188
森クリニック	日光市今市 674	事務室	0288-22-1024
見龍堂クリニックかわせみ	日光市平ヶ崎 609-4	事務課	0288-22-1221
見龍堂医療福祉総合クリニック	日光市木和田島 3008-8	事務課	0288-32-2021

(様式第1号)

検査申込書 (FAX 用)

依頼元医療機関名

担当医師名

TEL

FAX

患者情報

患者名				
性別		男		女
生年月日	T	S	H	R 年
病名				
予約日時	R	年	月	日 時

オーダー内容 (※1) MRI 検査の場合は、MRI 検査問診票 (様式第2号) を作成。

種類		MRI (※1)		CT		DXA
撮影区分					部位	
部位					腰椎	
体位	※原則、検査医療機関の判断。特別な理由があれば「撮影コメント」欄に記載。				大腿骨 (R)	
方法	単純撮影のみとなります				大腿骨 (L)	
撮影コメント					前腕骨 (R)	
					前腕骨 (L)	
検査目的						
読影の有無		有			無	
患者への説明		有			無	
	金属(MRIのみ)・予約時間・撮影時間・閉所・撮影の中止等					
移動形		独歩			車椅子	
		ストレッチャー			その他	
特記事項	(例) ペースメーカー装着等					

検査医療機関記載欄

患者ID	
当院受診歴	
その他	

MRI 検査問診票

MRI 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい

1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか	
・心臓ペースメーカー (MRI対応も含めて)、埋め込み型除細動器	いいえ ・ はい
・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ ・ はい
・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ ・ はい
・脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術)	いいえ ・ はい
・心臓や血管内の金属類、人工物 (リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど)	いいえ ・ はい
・人工心臓弁	いいえ ・ はい
・圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど)	いいえ ・ はい
・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ	いいえ ・ はい
・人工骨頭、人工関節、釘など (整形外科の手術)	いいえ ・ はい
・胆管、食道、気管などの金属ステント	いいえ ・ はい
2) 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) がありますか	いいえ ・ はい
3) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい ・補聴器 ・ 義眼 ・ 義足 ・ 義手 ・ 磁石を利用した義歯 (入れ歯) ・歯列矯正器具 ・ コルセット鍼 (はり) の治療針 ・上記以外 ()	
4) 刺青 (イレズミ) をしていますか	いいえ ・ はい
5) カラーコンタクトレンズを使用していますか	いいえ ・ はい
6) 貼り薬を貼っていますか	いいえ ・ はい
7) 閉所恐怖症ですか	いいえ ・ はい
8) いままでにMRI検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい
9) 【女性の方へ】 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか	いいえ ・ はい

MRI 検査同意書

検査予定日 令和____年____月____日

MRI検査に関する概要と禁止事項の理解が出来ましたので、MRI検査を受けることに

同意します。 ・ 同意しません。 (いずれかに○を付けて下さい)

同意日 令和____年____月____日

署名 (本人または代理人) 氏名_____

参 考 資 料

表3 医療機器共同利用システム対象外医療機器（紹介状が必要）（令和6年9月改定）

病院名	医療機器		備考
	機器名(性能)	メーカー名	
足尾双愛病院	人工透析	東レ	短期受入れ可能(旅行・法事等)事前相談必要
	高気圧酸素治療装置	パロテックハニユウダ	
今市病院	MRI(造影)	GE	
	アンギオグラフィー	GE	
	透視装置	キャノンメディカル	
	結石破碎機(胆管、尿管結石)	MEDISPEC	
	内視鏡装置(上部下部消化器、泌尿器)	オリンパス、フジノン	
	人工透析	日機装	(旅行者受け入れ可能)
	マンモグラフィー	フジフィルム	
	骨密度測定装置	日立製作所	
日光野口病院	人工透析	ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
大澤台病院	脳波計	日本光電	
獨協医科大学日光医療センター	冠動脈 CT	キャノンメディカル、フィリップス	
	MRI(造影)	シーメンス	
	CT・MRI(頭部・脳)	CT(キャノンメディカル・フィリップス) MRI(シーメンス)	※診療状況によっては他医療機関の脳神経外科への紹介となる場合があります。
	内視鏡装置(上部下部消化器、泌尿器)	オリンパス・フジノン	
	人工透析	ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
	アンギオグラフィー	フィリップス	
	超音波(心臓含む)	フィリップス、東芝、日立	
	心臓カテーテル	フィリップス	
日光市民病院	MRI(造影)	GE	
	CT(造影)	キャノンメディカル	
	内視鏡装置(上部下部消化器、泌尿器、耳鼻科)	オリンパス・フジノン	
	超音波(心臓含む)	フジノン	
	人工透析	ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
森クリニック	人工透析	ニプロ・日機装	(旅行者受け入れ可能)
	MRI(造影)	日立メディコ	
	マンモグラフィー	フジフィルム	

※医療機関において、機器の更新等により、性能やメーカー名に変更がある場合があります。

医療機器共同利用検査に係る委託契約書

一般社団法人上都賀郡市医師会（以下「甲」という。）と地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「乙」という。）は、医療機器の共同利用による検査（以下「検査」という。）の実施に関し、次のとおり契約を締結する。

この場合、甲は、甲の会員で検査の実施について承諾し、かつ、本契約締結についての権限を甲に委任した医師（以下「丙」という。）の代理人として、乙は、乙の社員で検査の実施について承諾し、かつ、本契約締結についての権限を乙に委任した別表に掲げる医療機関（以下「丁」という。）の代理人として契約を締結するものとする。

（目的）

第1条 検査は、医療機関の連携により、高額な医療機器を有効に活用し地域の医療ニーズに適切に対応することを目的とする。

（総則）

第2条 丙は、丙が診療行為を行う対象患者について次の各号に掲げる検査の実施を丁に委託し、丁は、これを受託するものとする。

（1）C T撮影

（2）MR I撮影

（検査の実施手順）

第3条 検査の実施手順は、次のとおりとする。

（1）検査の申込み

ア 丙は、検査の実施について丁に電話にて申し込み、検査日時を予約するものとする。

イ 丙は、対象患者に対し、予約した検査日時を伝達するとともに、検査における一般的な留意事項について説明を行うものとする。

ウ 丙は、検査申込書（様式第1号）及びMR I検査を申込み場合はMR I検査問診票（様式第2号）を作成し、丁にFAXにて送信するとともに、MR I検査問診票の原本については、検査当日、対象患者に持参させるものとする。

（2）検査の実施

対象患者は、丁の窓口において受け付けし、検査を受けるものとする。

なお、基本的に検査当日に対象患者に対する診療行為は行わないが、体調不良

などを考慮し、保険証を持参させるものとする。

(3) 検査結果の報告

丁は、検査結果について画像データを作成し、丙に郵送するものとする。また、丙が読影を希望した場合は、丁は、読影レポートを作成し、丙に郵送するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約による委託期間は、令和3年1月1日から令和3年12月31日までとする。また、この契約の有効期間満了前、1ヶ月までに契約当事者のいずれの一方からも、この契約の改定等について何等かの意思表示がないときは、有効期間満了の日の翌日から更に1年間この契約を更新されるものとし、以後も同様とする。

(検査料金)

第5条 この契約による検査料金は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1（医科診療報酬点数表）に掲げられる関係項目について、1点を10円として計算した額とする。

(検査結果の疑義)

第6条 検査結果に疑義がある場合は、次の各号により処理するものとする。

- (1) 丙は、検査結果受領後7日以内にその内容を丁に通知しなければならない。
- (2) 丁は、前号の通知を受けた時は、丙と協議の上、再検査その他の適切な処理をしなければならない。

(契約の解除)

第7条 甲又は乙は、次の各号に該当するときはこの契約を解除することができる。

- (1) 丙又は丁がこの契約に違反したとき。
- (2) 丁において、受託業務の遂行が著しく困難になったとき。
- (3) 健康保険法の改正により委託業務が困難になったとき。

(検査実施中の事故責任)

第8条 検査実施中（開始から終了まで）に不慮の事故等が生じた場合は、丁の責任において対処するものとする。

(検査料金の請求及び支払い)

第9条 丁は、前月までに実施した検査について、原則として、1ヶ月の検査料金をとりまとめて丙の所属する医療機関に請求するものとする。

2 丙の所属する医療機関は、請求書を受領した月の翌月末日までに丁の指定する口

座に振り込むものとする。

(個人情報)

第10条 丁は、本契約に基づいて検査を実施する当たり知り得た患者の個人情報について、検査目的以外に使用しないものとする。もし、丁により個人情報が漏洩した場合は、丁はその責任を負うものとする。

(協 議)

第11条 この契約について疑義が生じた場合及びこの契約に定めのない事項については、その都度、甲乙協議の上、解決するものとする。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

令和2年12月15日

甲 住 所 栃木県鹿沼市千手町2506-8

職氏名 一般社団法人上都賀郡市医師会

会 長 木 村 安 志

乙 住 所 栃木県日光市平ヶ崎109番地

職氏名 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット

代表理事 上 中 哲 也

別表

法人の名称	医療機関名
医療法人社団双愛会	足尾双愛病院
社団医療法人明倫会	今市病院
医療法人秀明会大澤台病院	大澤台病院
社団医療法人栄仁会	川上病院
学校法人獨協学園	獨協医科大学日光医療センター
公益社団法人地域医療振興協会	日光市民病院
社団医療法人英静会	森病院
医療法人矢尾板記念会	見龍堂クリニックかわせみ 見龍堂医療福祉総合クリニック

医療機器共同利用検査に係る委託契約書の変更契約書

一般社団法人上都賀郡市医師会（以下「甲」という。）と地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「乙」という。）は、令和２年１２月１５日付けで締結した医療機器共同利用検査に係る委託契約書（以下「原契約書」という。）の一部を変更する契約を次のとおり締結する。

第１条 原契約書第２条の後段に「なお、本契約により共同利用できる医療機器は、別表２に掲げる機器とする。」を加えるとともに、次の一号を加える。

(3) DXA 検査

第２条 原契約書第３条第１号の検査申込書（様式第１号）を別紙様式に変更する。

第３条 別表に次の表を加える。

別表２ 共同利用機器一覧

病院名	医療機器		備考
	機器名（性能）	メーカー名	
足尾双愛病院	CT（１６列）	キャノンメディカル	
今市病院	CT（１６列）	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。
	MRI（１．５T）	GE	
川上病院	CT（４列）	キャノンメディカル	
獨協医科大学日光医療センター	CT（８０列）	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。
	MRI（１．５T）	キャノンメディカル	
	MRI（１．５T）	フィリップス	

	X線 (DXA) 骨密度測定 装置	Hologic	
日光市民病院	CT (16列)	キャノンメディカル	
	MRI (1.5 T)	GE	
森病院	CT (4列)	キャノンメディカル	読影については別途相談してください。
	MRI (0.2 5T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT (16列)	富士フィルムヘルスケア	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT (16列)	日立メディコ	

第4条 この契約の効力は令和4年10月1日より発生する。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

令和4年10月1日

甲 住 所 栃木県鹿沼市千手町2506-8

職氏名 一般社団法人上都賀郡市医師会

会 長 大 久 保 昌 章

乙 住 所 栃木県日光市平ヶ崎109番地

職氏名 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット

代表理事 上 中 哲 也

医療機器共同利用検査に係る委託契約書の変更契約書（第2回）

一般社団法人上都賀郡市医師会（以下「甲」という。）と地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット（以下「乙」という。）は、令和2年12月15日付けで締結した医療機器共同利用検査に係る委託契約書（以下「原契約書」という。）及び令和4年10月1日付けで締結した変更契約書（以下「第1回変更契約書」という。）について、次のとおり変更契約を締結する。

第1条 第1回変更契約書第2条中「なお、本契約により共同利用できる医療機器は、別表2に掲げる機器とする。」を「なお、本契約により共同利用できる医療機器については、変更の都度、乙が甲に通知するものとする。」に改める。

第2条 第1回変更契約書別表2を削除する。

第3条 その他の条項については、原契約書及び第1回変更契約書のとおりとする。

第4条 この契約の効力は令和5年3月1日より発生する。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

令和5年2月28日

甲 住 所 栃木県鹿沼市千手町2506-8

職氏名 一般社団法人上都賀郡市医師会

会 長 大 久 保 昌 章

乙 住 所 栃木県日光市平ヶ崎109番地

職氏名 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット

代表理事 上 中 哲 也

改定履歴

発行日	主な改定内容
R3(2021).1.1	初版
R4(2022).10.1	検査対象機器の追加（X線骨密度測定装置）に伴う追加修正
R5(2023).2.28	「表1 共同利用機器一覧」、「表2 共同利用担当窓口（医療機関別）」、「表3 医療機器共同利用システム対象外医療機器（紹介状が必要）」の変更に伴う修正
R5(2023).5.9	「表1 共同利用機器一覧」、「表3 医療機器共同利用システム対象外医療機器（紹介状が必要）」の変更に伴う修正
R6(2024).9.18	「表1 共同利用機器一覧」、「表2 共同利用担当窓口（医療機関別）」、「表3 医療機器共同利用システム対象外医療機器（紹介状が必要）」の変更に伴う修正