

# 認定証

Certificate of Accreditation



日本医療機能評価機構

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

外来診療係のご案内

採用情報

医療機関の方

トップ > 医療機関の方 > 共同利用のご案内

## 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）

※ 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：0288-76-1717 FAX：0288-76-1700】  
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のご案内いたします。
3. 検査終了後、患者さんはそのままお帰りいただけます。
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み願います。
- ・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。

### 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

- ・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



獨協医科大学病院 日光医療センター  
〒321-2593 栃木県日光市高徳632番地 電話：0288-76-1515（代表）  
FAX：0288-76-1611



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】

外来診療医のご案内

面会の方

呼吸器内科、膠原病

採用情報

時間外救急について

・アレルギー内科

看護師募集

人間ドック・検査・検診

呼吸器外科

医療機関の方

消化器内科

アクセス

循環器内科、心臓

施設案内

・血管・腎臓内科

English

脳神経内科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

整形外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

【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

手術部

循環器病センター

材料部

健診部

透析部

診療情報管理室

臨床研究支援室

救急部

リハビリテーション部

【各種部門】

日光市立三依診療所

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

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 > 医療機関の方 > 冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

## 冠動脈スクリーニング検査利用のご案内

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：0288-76-1717

「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 \(197KB\)](#)

#### 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 \(111KB\)](#)

### 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）
- ・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

#### 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

- ・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：0288-76-1717）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  
（0288-76-1717）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（同日でお勤めします。）

※ 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：0288-76-1515（代表）

▲ PAGE TOP

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

獨協医科大学病院 日光医療センター  
〒321-2593 栃木県日光市高德632番地 電話：0288-76-1515（代表）  
FAX：0288-76-1611

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】

#### 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

#### 採用情報

#### 時間外救急について

消化器内科

#### 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

#### 医療機関の方

脳神経内科

#### アクセス

糖尿病・内分泌内科

#### 施設案内

皮膚科

#### English

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

泌尿器科

形成外科

麻酔科

#### 【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

日光市立三依診療所

手術部

材料部

健診部

透析部

診療情報管理室

臨床研究支援室

#### 【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

事務局

病院のご案内

診療部門のご案内

外来診療のご案内

採用情報

医療機関の方

トップ > 医療機関の方 > 上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査利用のご案内

## 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

- 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
- 消化管疾患にてフォローアップ検査が必要な方
- 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

- 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：0288-76-1717

診療情報提供書FAXの送信：0288-76-1700

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。

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

- 月曜日～土曜日 9：00～11：30
- 検査日当日は朝食を摂らず、飲水は500ml程度摂る。
- 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

- 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
- 診療カード（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：0288-76-1717）までご連絡ください。

### ご依頼から結果まで

#### 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

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（0288-76-1717）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します。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 消化器内視鏡センター

電話：0288-76-1515（代表）

▲ PAGE TOP



獨協医科大学病院 日光医療センター  
〒321-2593 栃木県日光市高徳632番地 電話：0288-76-1515（代表）  
FAX：0288-76-1611



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】

外来診療医のご案内

面会の方

呼吸器内科、膠原病

採用情報

時間外救急について

アレルギー内科

看護師募集

人間ドック・検査・検診

消化器内科

医療機関の方

循環器内科、心臓

アクセス

血管・腎臓内科

施設案内

脳神経内科

English

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

泌尿器科

形成外科

麻酔科

【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

日光市立三依診療所

手術部

材料部

健診部

造形部

診療情報管理室

臨床研究支援室

【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

▲ PAGE TOP

#### 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】

#### 外来診療区のご案内

#### 面会の方

呼吸器内科、膠原病・アレルギー内科

#### 採用情報

#### 時間外救急について

消化器内科

#### 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

#### 医療機関の方

脳神経内科

#### アクセス

糖尿病・内分泌内科

#### 施設案内

皮膚科

#### English

放射線科

整形外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科

呼吸器外科

心臓・血管外科

泌尿器科

形成外科

麻酔科

病理診断科

外科



# 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

2021.5

第

43

号



日光田母沢御用邸記念公園のシダレザクラ（栃木県日光市）

主な内容

診療紹介（形成外科）	2
部門紹介（薬剤部）	3
外来担当医一覧	4
移転に関する状況報告	5
医療法人明倫会 日光野口病院／求人情報	6



## 入退院患者の退院支援に関する手順

### I. 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病棟担当者(以下 病棟担当者)は担当する病棟の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)」を前日の入院者(休日を挟んだ場合は休日の入院者も含める)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」の欄に名前を記載し、上書き保存を行う。チェックミスやリスク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、他職種交えて行われている。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	南・西病棟	なし	西病棟	南病棟

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 230 点・200 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. 多機関共同指導料 (医科診療報酬点数 400 点)
5. 地域連携診療計画加算 (医科診療報酬点数 300 点)
6. 退院前後訪問指導料 (医科診療報酬点数 580 点)



# 入院患者の退院支援に関する手順

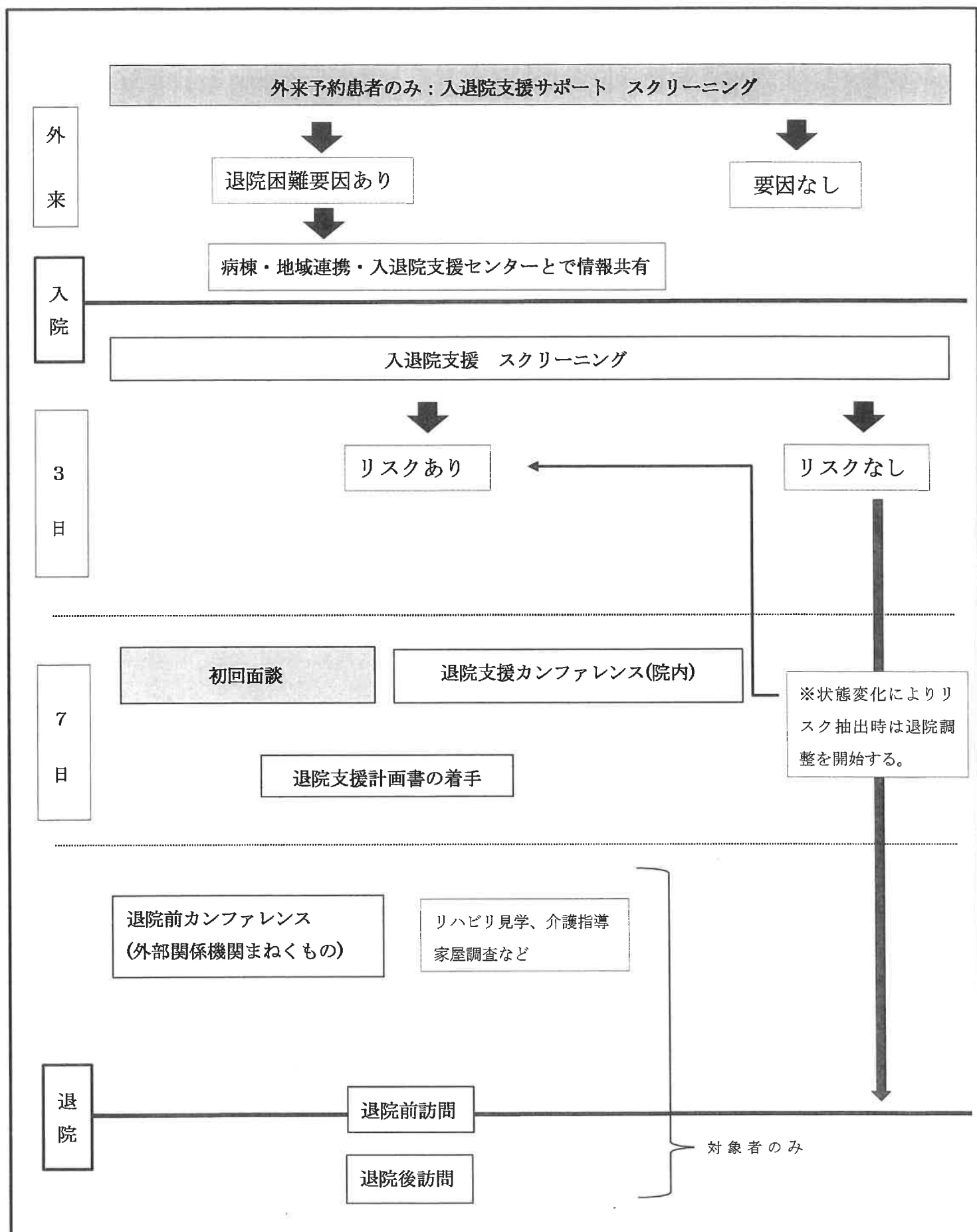


外 来

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。

## 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. 担当看護師は必要情報を記載した連携パスシート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（600 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 3 年 8 月 28 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


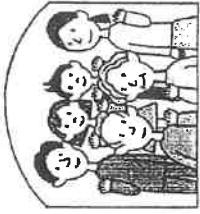
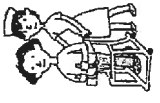


カルテ No.

令和04年10月01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・地域連携医療部担当者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と地域連携パスとの協力病院

- ☐ 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      ☐ 尾形クリニック

# 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
<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>連携病院一覧</p> <p>( ) 塩原温泉病院</p> <p>( ) 日光野口病院</p> <p>( ) 足尾双愛病院</p> <p>( ) 宇都宮リハビリテーション病院</p> <p>*リハビリ病棟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。</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○この期間に在宅に向けての準備を進めていきます。</p> <p>○介護保険の申請をしましょう。</p> <p>○必要に応じ住宅の改修をしましょう。</p> 	<p>○受傷前の歩行状態に近づくのが目的です。</p> <p>○転倒に注意して家庭生活を過ごしましょう。</p> <p>○家に閉じこもらないように外出しましょう。</p> <p>○デイサービスやデイケアを利用しましょう。</p> 
<p>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様にリハビリが進められます</p>	<p>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</p>	
<p>傷の痛みが無い</p> <p>痛みのコントロールが出来る</p> 	<p>退院の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 家庭の環境が整う</li> <li>◎ 家庭の理解がある</li> <li>◎ 日常生活がほぼ一定</li> </ul> 	

地域連携診療計画書 (大脳脊髄部骨折地域連携バス)

患者氏名	性別	生年月日	住所	23
車椅子乗車	歩行補助具歩行	片手杖歩行	階段昇降	独立歩行
病棟リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ	リハビリ
計画管理病院： 東京医科大学日光医療センター	かかりつけ医： 無・有 ( )	かかりつけ医： 無・有 ( )	かかりつけ医： 無・有 ( )	かかりつけ医： 無・有 ( )
入院日	手術日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
手術日	手術日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所

【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所

【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】	【転院時情報】
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所
転院理由	転院先	転院日	転院時間	転院場所

# 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N o. \_\_\_\_\_

令和04年10月01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す。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・地域連携医療部担当者に遠慮なくご質問ください。

## 4. 獨協医科大学日光医療センターと地域連携パスとの協力病院

- |   |                                  |                                 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 塩原温泉病院         | <input type="checkbox"/> 日光野口病院  | <input type="checkbox"/> 足尾双愛病院 |
| <input type="checkbox"/> 宇都宮リハビリテーション病院 | <input type="checkbox"/> 尾形クリニック |                                 |

[illegible]

P.1:急性期病院記載(紹介・退院時)

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:		主治医:		退院日: 年 月 日	
患者名:		生年月日:		患者ID: 年 月 日	
かかりつけ医:				発症日: 年 月 日	
薬物アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				紹介先:	
食物アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
体内金属: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> MR撮像可 <input type="checkbox"/> MR撮像不可		金属内容:	

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

脳卒中画像診断											
●頭蓋外動脈高度狭窄:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	●病巣:	<input type="checkbox"/> 右半球	<input type="checkbox"/> 左半球	<input type="checkbox"/> 小脳	<input type="checkbox"/> 脳幹	<input type="checkbox"/> 単発	<input type="checkbox"/> 多発	<input type="checkbox"/> 不明
●水頭症:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療済み	
							●脳動脈瘤:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 治療済み

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( )

脳卒中推奨薬剤(速院後追加処方を含む) ☐ 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iban ☐ エドキサiban ☐ リバーロキサiban

☐ 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( )

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 杓 ☐ II 杓 ☐ III 杓 ●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( ☐ 拳上不可 ☐ 拳上可) ☐ 左上肢( ☐ 拳上不可 ☐ 拳上可) ☐ 右下肢( ☐ 拳上不可 ☐ 拳上可) ☐ 左下肢( ☐ 拳上不可 ☐ 拳上可)

●失調: ☐ なし ☐ あり: ☐ 体幹 ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢

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

説明書	説明医師	印	患者・家族サイン	印
				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棟連携室宛に戻してください。

日常生活機能表(患者名)

男性

患者ID:

P.2

急性期病状記載欄		回復期施設(病院、診療所)記載欄		維持期施設(病院、診療所、介護施設など)記載欄	
急性期退院時(記載日)	急性期病状記載欄	回復期退院時(記載日)	回復期施設(病院、診療所)記載欄	維持期退院時(記載日)	維持期施設(病院、診療所、介護施設など)記載欄
● 床上安静の指示	0:なし 1:あり	0:なし 1:あり	0:なし 1:あり	0:なし 1:あり	0:なし 1:あり
● 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:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない
● 起き上がり	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない
● 座位保持	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない
● 移乗	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない
● 移動方法	0:介助不要 1:介助を要する(搬送台)	0:介助不要 1:介助を要する(搬送台)	0:介助不要 1:介助を要する(搬送台)	0:介助不要 1:介助を要する(搬送台)	0:介助不要 1:介助を要する(搬送台)
● 口腔清潔	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない	0:できる 1:できない
● 食事摂取	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
● 衣服の着脱	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
● 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	0:できる 1:できる時とできない時がある 2:できない	0:できる 1:できる時とできない時がある 2:できない	0:できる 1:できる時とできない時がある 2:できない	0:できる 1:できる時とできない時がある 2:できない
● 診療・検査上の指示が通じる	0:はい 1:いいえ	0:はい 1:いいえ	0:はい 1:いいえ	0:はい 1:いいえ	0:はい 1:いいえ
● 危険行動	0:ない 1:ある	0:ない 1:ある	0:ない 1:ある	0:ない 1:ある	0:ない 1:ある
● 排泄一般	0:尿意・便意あり 1:尿意・便意なし	0:尿意・便意あり 1:尿意・便意なし	0:尿意・便意あり 1:尿意・便意なし	0:尿意・便意あり 1:尿意・便意なし	0:尿意・便意あり 1:尿意・便意なし
● 排尿	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助
● 排便	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助
● 洗面	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助
● 入浴	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助
● 着替	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助	0:自立 1:一部介助 2:全介助
● 拘縮	0:あり(部位とサイズ) 1:なし 2:あり	0:あり(部位とサイズ) 1:なし 2:あり	0:あり(部位とサイズ) 1:なし 2:あり	0:あり(部位とサイズ) 1:なし 2:あり	0:あり(部位とサイズ) 1:なし 2:あり

★上記「保険適用外」にチェックが付いている場合、回復期および維持期施設は、該当箇所にご記入の上、P1~P3の欄を急性期病状記載欄に記入してください。



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 006	性別:	男性
回復期入院日:	年 月 日	回復期退院日:	年 月 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( □ 右上肢不可 □ 拳上不可 □ 手関節不可) □ 左上肢( □ 左上肢不可 □ 拳上不可) □ 右下肢( □ 右下肢不可 □ 拳上不可) □ 左下肢( □ 左下肢不可 □ 拳上不可)
●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: ) □ 酸素あり: ) □ 経鼻 □ マスク □ ふきながし
□ 挿管あり(サイズ: ) □ <sup>mm</sup> 挿入日: ) □ 気切あり:サイズ: ) □ <sup>mm</sup> 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) 種類: )	
□ 経鼻胃管あり(サイズ: ) □ 挿入日: ) □ 胃瘻あり(サイズ: ) □ Fr 次回交換日: )	
□ 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る場合、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。

### 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

### Ⅱ 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）TEL:0288-76-1717

「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

### Ⅲ 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。
- ・検査後 20 分の休憩を取り帰宅していただく。

### Ⅳ 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。

### Ⅴ 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）

### Ⅵ 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：0288-76-1717）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：0288-76-1515（代表）

## Ⅰ 冠動脈 CT スクリーニング検査～ご依頼から結果までのフローチャート～

医療機関様より地域連携・入退院支援センター（0288-76-1717）へお電話をお願いします。

\*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（同日でお纏めします）

\*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。届きましたら患者様のお名前を記入していただき、【検査依頼・チェックシート】とともに患者様へお渡しください。

### ～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。

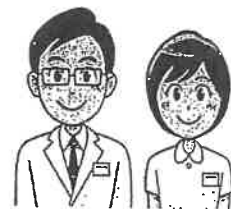
循環器内科外来にて検査の説明をし、検査同意書の承諾をいただきます。  
その後、予約時間となりましたら放射線部にてCT検査となります。

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。

# 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。

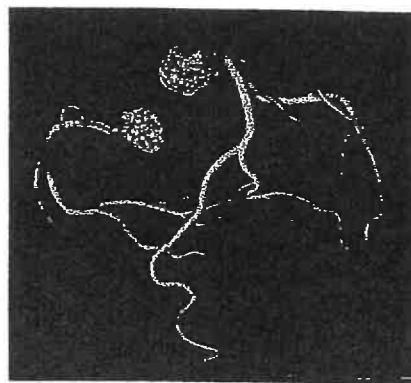
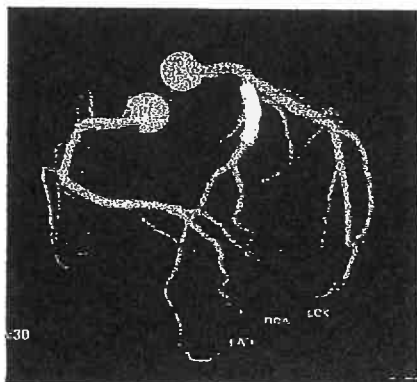
検査にかかる時間は15～30分程度です。

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。



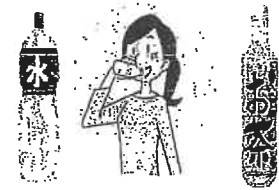
冠動脈が細くなり、心臓に十分な酸素が送れなくなることによっておこる狭心症・心筋梗塞などの虚血性心疾患や生まれながらにある心臓や血管の異常などを早期に発見することが出来ます。

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。

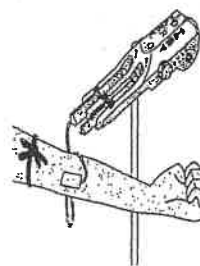
脈の速さが検査に影響することがありますので、  
検査用のお薬を内服して頂くことがあります。  
検査前の指定時刻にお越しください。  
検査前に簡単な診察と問診があります。



### 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。

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:			
疾 患 名:		医師氏名:	
		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

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。

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  
 地域連携医療部  
 電話: 0288-76-1717  
 月～金 9:00～16:30  
 土 9:00～13:00  
 ◆第3土曜日・祝日を除く



## 第10回 多施設でつながる地域医療を考える会

日時：2021年12月16日（木）18:30～20:00

場所：日光東照宮 晃陽苑

住所）栃木県日光市瀬尾 1640-14 TEL) 0288-53-1150

獨協医科大学日光医療センター

18:30～18:40 【製品紹介】 不眠症治療薬「デエビゴ」 エーザイ株式会社

18:40～18:45 【開会の辞】 上都賀郡市医師会 会長 木村 安志 先生

18:45～19:15 【講演】 座長：獨協医科大学日光医療センター 整形外科 主任教授  
地域連携・入退院支援センター長 長田 伝重 先生

### 『当院における多職種協力による 糖尿病腎症重症化予防の取り組み』

演者：獨協医科大学日光医療センター

糖尿病・内分泌内科 准教授 中谷 祐己 先生

19:15～19:55 【特別講演】 座長：獨協医科大学日光医療センター  
循環器内科 教授 杉村 浩之 先生

### 『高齢不眠症患者に対する新しい治療選択』

演者：獨協医科大学日光医療センター

脳神経内科 准教授 渡邊 由佳 先生

19:55～20:00 【閉会の辞】 獨協医科大学日光医療センター  
心臓・血管・腎臓内科 主任教授/病院長 安 隆則 先生

※日本医師会生涯教育認定講座 1.0単位 2カリキュラム

12 地域医療(0.5) 20 不眠(0.5)

※お弁当を準備しております。会終了後、情報交換の場はございません。

※先生ご自身の交通費を弊社にて実費負担させていただく場合がございます。その際は弊社より、ご施設や共催機関等のルールに則り、個別にご相談させていただきますので宜しくお願い致します。

【共催】日光市医師団／地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット／エーザイ株式会社

# 医療機器共同利用の手引き



令和3(2021)年1月策定  
(令和4(2022)年10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	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、介護老人保健施設につこう
社団医療法人英静会	森病院、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、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。

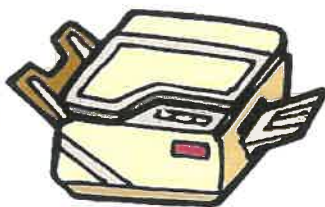
「表1 共同利用機器一覧」より、必要な機器、患者さんの通院範囲などにより医療機関を選定し、当該医療機関の担当までお電話ください。



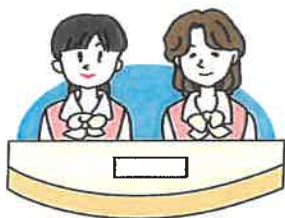
②担当者がご希望日を伺いその場で予約状況を確認します。



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、「MR I 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、「MR I 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。）

D X A検査のみ検査結果（紙）をお渡しします。

#### (3) 検査結果の報告

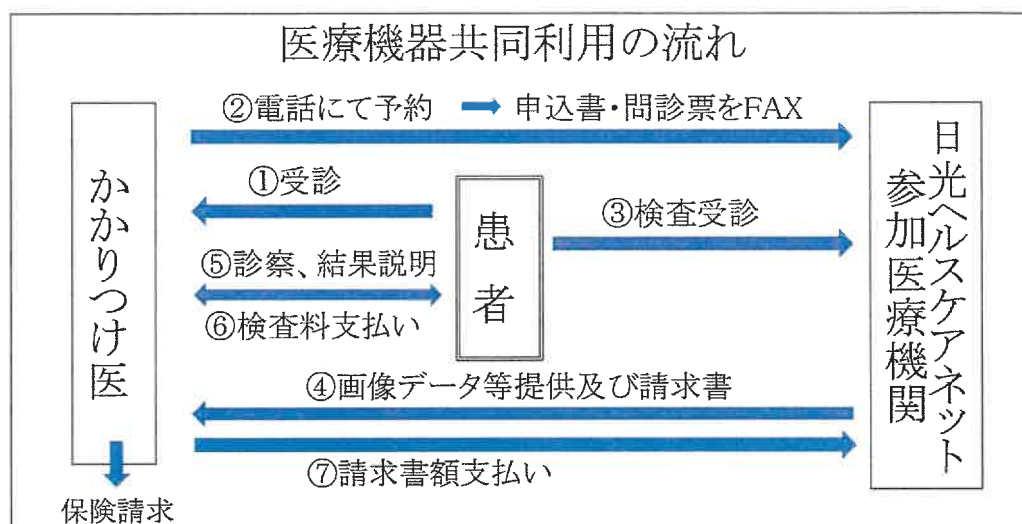
ア 「読影レポート」を希望される場合

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 MR I 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 MR I 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

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. 5T)	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. 25T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT(16列)	富士フイルムヘルスケア	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT(16列)	日立メディコ	

※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)

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	病診連携室	0288-22-2200 (内線130)
大澤台病院	日光市山口867-3	事務課	0288-26-2828
川上病院	日光市並木町2-5	医療連携室	0288-25-8122
獨協医科大学日光医療センター	日光市高德632	地域医療連携・入退院 支援センター	0288-76-1717
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
森病院	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	

(様式第2号)

## MR I 検査問診票

MR I 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

## MR I 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)

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	パロテックハニエウダ	
今市病院	MRI(造影)	GE	
	Angio装置	キャノンメディカル	
	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	キャノンメディカル	
日光野口病院	人工透析	ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
	脳波計	日本光電	
大澤台病院	脳波計	日本光電	
川上病院	内視鏡装置	オリンパス	要相談 (曜日制限あり)
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	
	MRI(造影)	キャノンメディカル、フィリップス	
	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・ニプロ	(旅行者受け入れ可能)
	アンギオグラフィー	キャノンメディカル	
	超音波(心臓含む)	フィリップス、東芝、日立	
	心臓カテーテル	キャノンメディカル	
日光市民病院	MRI(造影)	GE	要相談
	CT(造影)	キャノンメディカル	要相談
	人工透析	ニプロ	要相談
森病院	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

## 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

表1 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. 5T)	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. 25T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT(16列)	富士フイルムヘルスケア	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT(16列)	日立メディコ	



表1 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. 5T)	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. 25T)	日立メディコ	
見龍堂クリニックかわせみ	CT(16列)	富士フイルムヘルスケア	
見龍堂医療福祉総合クリニック	CT(16列)	日立メディコ	