

名古屋市立大学病院

Nagoya City University Hospital

地域連携のご案内

平成23年度



理念・基本方針・経営のビジョン

理 念

当病院は、地域の中核医療機関として、高度かつ安全で開かれた医療を提供するとともに、質の高い医療人を育成します

基 本 方 針

- ・ 大学病院として、高度先進医療を提供します
- ・ 高度情報化を進め、安全で開かれた医療を提供します
- ・ 医学教育を充実し、高い倫理観を持ち信頼される医療人を育成します
- ・ 名古屋都市圏の中核医療機関として、市民の健康と福祉を増進します

経営のビジョン

経営理念

笑顔と感動にあふれる病院を目指します

経営戦略

- ・ 患者サービスの向上
患者さんの満足（顧客満足）を高めます
- ・ 医療安全の強化
患者さんに信頼され安心できる医療を提供します
- ・ 医療機能の向上
他の医療機関との連携や機能分担を図るとともに、新しい技術や機器を導入し高度な医療を提供します
- ・ 職員満足の向上
職員が自信や希望を持って働ける職場を作ります
- ・ 経営基盤の確立
自主自立した経営を目指して収益強化と改善を進めます

CONTENTS

理念・基本方針・経営のビジョン	01
病院長あいさつ	03
医療・福祉地域連携室長あいさつ	04
地域医療連携のご案内	05
紹介患者初診予約	09
地域連携コンシェルジュ	13
入院患者訪問・カルテ閲覧	15
CT検査予約	17
集団栄養指導予約	21
セカンドオピニオン外来	25
症例検討会	29
診療科等のご案内	33
中央部門のご案内	100
病院沿革	115
病院組織	118
統計	119
交通のご案内	122

診療科等のご案内

総合内科	33
消化器内科	35
肝・膵臓内科	37
呼吸器内科	39
循環器内科	41
内分泌・糖尿病内科	43
血液・膠原病内科	
血液内科	45
膠原病内科	47
神経内科	49
腎臓内科	51
消化器・一般外科	53
呼吸器外科	55
心臓血管外科	57
小児・移植外科	59
乳腺内分泌外科	61
整形外科	63
産科婦人科	67
小児科	69
眼科	73
耳鼻いんこう科	75
皮膚科	79
泌尿器科	81
こころの医療センター	83
放射線科	87
麻酔科	89
脳神経外科	91
歯科口腔外科	95
救命救急センター	97



病院長あいさつ



名古屋市立大学病院との地域医療連携をお願いしております皆様には、いつもご高配いただき有難うございます。

名古屋市立大学病院には全国でもトップレベルの医療を行っている医師が数多く存在します。そこでこれらの医師を紹介し、顔の見える名古屋市立大学病院になることをめざして、この地域連携パンフレットを作成いたしました。各科医師のプロフィール、得意とする専門分野をこのパンフレットでご承知いただき、気軽に各医師にご相談、ご紹介いただければ幸いです。

名古屋市立大学病院では病棟や外来棟をすべて新築し、地域の皆様に信頼され、愛される病院を目指し日夜努力しております。最近では地域がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、日本医療機能評価機構認定など大学病院として必須の病院機能を取得しております。またチーム医療をキーワードとして、医師、看護師、コメディカル、事務職員、ボランティアなどが一丸となって、高度先進医療を推進しております。さらに、この4月から救命救急センターが認可され、これまでより重症な患者さんが搬送されるようになりました。ここでは救命救急のエキスパート（救急専門医）と総合診療のエキスパート（総合内科医）が協力しながら、1次から3次までの救命救急医療に取り組んでいます。これらのエキスパートも今回の冊子に紹介していますので、救急医療が必要な際には是非ご連絡下さい。

今後も地域の医療機関の皆様との連絡には、医療・福祉地域連携室のメンバーが全力で対応いたします。紹介患者さんのご連絡、その後の経過のお問い合わせなど、どうぞお気軽に医療・福祉地域連携室にご連絡下さい。医療・福祉地域連携室のメンバーは、患者さんのために皆様と連絡をさせていただくことに働きがいを感じて、日々努力しております。皆様からのご連絡をお待ちしております。

名古屋市立大学病院
病院長 **山田 和雄**

医療・福祉地域連携室長あいさつ

～名古屋市立大学病院における地域医療連携の取り組みについて～

地域の医療機関と名古屋市立大学病院がお互いの長所を活かしあうことができる機能分担を目指して、医療・福祉地域連携室が当院に組織されてから8年が経過しました。

昨年度は、地域連携コンシェルジュ活動（紹介初診患者さんの案内）や地域連携パンフレットの作成、今年度に入りましては、紹介患者初診予約のFAX受付時間の延長などの取り組みを行ってまいりました。

これらについては、地域の医師会長や医療機関への訪問活動の中で得られましたご要望などを参考とさせていただきながら事業を推進してきたこともあり、地域の医療機関の先生方からもご好評をいただいております。

昨年度発行いたしました地域連携パンフレットにおいても触れさせていただいたこととありますが、パンフレットに掲載された情報が古くなつては上手に活用することができません。毎年改訂を行い、できるだけ最新情報を掲載できるようにいたします。

また、単に昨年度の情報を更新することにとどまらず、さらに充実した内容とするため、今年度版においては、救命救急センターをはじめとした中央部門や地域の医療機関からの紹介患者数などの統計資料についても新たに掲載することといたしました。

患者さんに対して一貫した医療を提供するためには、名古屋市立大学病院と地域の医療機関とのさらなる連携の推進が不可欠であり、このパンフレットは、そのさらなる大きな一歩となるものと考えています。

ぜひ、日常の診療にお役立てください。



医療・福祉地域連携室
室長 吉田 篤博



地域医療連携のご案内

当院では、平成 15 年度に大学病院として地域の病院・診療所との機能分担及び連携を一層強化することを目的として、医療・福祉地域連携室を立ち上げました。

地域の医療機関から当院への連携といたしましては、紹介患者初診予約、地域連携コンシェルジュ活動、紹介・逆紹介の返書管理、入院患者訪問・カルテ閲覧、CT検査予約や集団栄養指導予約など、診療連携に関する当院の窓口といたしまして業務に取り組んでいます。

当院から地域の医療機関への連携といたしましては、当院に入院中の患者さんの退院支援業務を実施しています。医療・福祉地域連携室では、看護師や医療ソーシャルワーカーなどのスタッフが、地域の医療機関や介護事業者などと連携を図りながら患者さんの良質な療養の継続を支援しています。

また、看護部の取り組みといたしまして、今年度から新たに各病棟に地域連携・退院支援主任を配置いたしまして、医療・福祉地域連携室と密接な連携をとりながら、退院支援に取り組んでいます。

その他の取り組みといたしましては、病診連携システム運営協議会の開催や地域連携クリニカルパスに関する業務を行うなど、地域の医療機関との円滑な連携が行えるよう取り組んでいます。

7 ページ以降にこれらの業務についての詳細を記載していますので、併せてご覧ください。



Handwriting practice area with horizontal dotted lines.



紹介患者初診予約

当院では、患者さんの待ち時間を短縮するため、地域の医療機関からの紹介患者初診予約を承っています。「診療予約申込票」に必要事項をご記入のうえ、医療・福祉地域連携室までFAXでお申し込みください。（詳しくは9～11ページをご覧ください。）

なお、ご予約は診療希望日の前日までにお願いいたします。（当日のご予約はいたしかねます。）また、予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

地域連携コンシェルジュ

当院では、地域の医療機関から当院へご紹介いただいた患者さんの円滑な受診を支援するために、来院時の受診手続きを案内する地域連携コンシェルジュを配置しております。地域連携コンシェルジュによる案内を希望される場合は、紹介患者初診予約を取っていただいた後に、医療・福祉地域連携室まで電話でお申し込みください。（詳しくは13～14ページをご覧ください。）

なお、地域連携コンシェルジュの人数に限りがあり、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

紹介・逆紹介の返書管理

当院では、ご紹介いただいた患者さんの受診報告書（返書）を医療・福祉地域連携室から地域の医療機関へ送付いたしております。受診報告書（返書）の送付や紹介患者さんの経過報告に関することは、医療・福祉地域連携室までお問い合わせください。

入院患者訪問・カルテ閲覧

当院では、地域の医療機関の医師と当院の主治医が診療にかかる情報を共有するため、地域の医療機関の医師による入院患者訪問やカルテ閲覧を承っています。（詳しくは15～16ページをご覧ください。）

C T検査予約

当院では、地域の医療機関からの紹介によるC T検査予約を承っています。「C T検査 予約申込票」に必要事項をご記入のうえ、医療・福祉地域連携室までF A Xでお申し込みください。(詳しくは17～20ページをご覧ください。)

集団栄養指導予約

当院では、地域の医療機関からの紹介による糖尿病や腎臓病患者さんを対象とした集団栄養指導予約を承っています。糖尿病・腎臓病専門医や管理栄養士等の多職種連携チームが、病気についての管理や食事・日常生活における留意点などを患者さん参加型で実施しています。「グループ指導 予約申込票」に必要事項をご記入のうえ、医療・福祉地域連携室までF A Xでお申し込みください。(詳しくは21～23ページをご覧ください。)

退院支援

当院では、入院中の患者さんが円滑に退院できるよう退院支援を行っています。医療・福祉地域連携室では、看護師や医療ソーシャルワーカーが地域の医療機関や介護事業者などと連携を図りながら、退院後も安心して患者さんが良質な療養生活を送ることができるよう支援しております。

症例検討会

当院では、地域の医療機関の医師とともに、具体的な症例をもとにした診断と治療法に関する研究を行っています。是非ご参加ください。(詳しくは29～31ページをご覧ください。)



紹介患者初診予約

当院では、患者さんの待ち時間を短縮するため、地域の医療機関からの紹介患者初診予約をFAXにて承っています。

予約の流れ

1

「診療予約申込票」（11 ページ）に必要事項をご記入のうえ、診療希望日の前日までに医療・福祉地域連携室までFAXでお申し込みください。

FAX 052-858-7130

2

予約状況を確認し、FAX受信後30分以内に「受診予約票」を紹介元医療機関にFAXで返信いたしますので、患者さんにお渡しください。
※30分経過しても返信がない場合は、お手数ですが医療・福祉地域連携室までご連絡ください。（電話番号：052-858-7131）

3

診療情報提供書（紹介状）の写しをFAXにて医療・福祉地域連携室へお送りください。また、患者さんに受診当日に以下のものを持参していただくようお願いください。

- ・地域の医療機関からの紹介状
- ・受診予約票（当院からFAXで返信したもの）
- ・健康保険証・各種医療証等
- ・当院の診察券（お持ちの場合のみ）
- ・レントゲンフィルムなど（必要な場合のみ）

お申込み
・
お問い合わせ先

医療・福祉地域連携室

FAX 052-858-7130

電話 052-858-7131 (直通)

(平日 8:30~18:30)

※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

注意していただきたいこと

- 紹介患者初診予約は、あくまでも地域の医療機関の医師、歯科医師による申し込みについてお受けするものであり、患者さんご自身、もしくはご家族などからの申し込みについてはお受けいたしかねますのでご了承ください。
- ご予約は診療希望日の前日までにお願いいたします。(当日のご予約はいたしかねます。) また、予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。
- 受付時間外のお申し込み及び 17:00~18:30 にお申し込みいただいたもので、特定の医師や、職員等への確認が必要な場合については、原則として翌診療日以降に対応させていただきますのでご了承ください。
- セカンドオピニオンのご予約やお問い合わせは、医事課セカンドオピニオン担当(電話:052-858-7125)までご連絡ください。(詳しくは25~28ページをご覧ください。)

患者さんへご案内いただきたいこと

患者さんには、新来の方(これまでに当院で受診されたことがない方)につきましては、外来診療棟1階②番新来受付(診療予約のある方)へ、再来の方(これまでに当院で受診されたことがある方)につきましては予約をされている診療科のある階の外来受付へお越しいただくようそれぞれご案内ください。



名古屋市立大学病院 診療予約申込票

FAX 052(858)7130 TEL052(858)7131 申込み受付 平日8:30~18:30

※セカンドオピニオンのご予約・お問い合わせは、052(858)7125まで、ご連絡ください。

紹介医療機関名 平成 年 月 日
 所在地
 医師ご氏名
 電話番号
 FAX番号

★ 診察医師を指定されない場合は、「名古屋市立大学病院〇〇科宛」と紹介状にご記入ください。

診療科 (ご希望の診療科に○をつけてください)	02 総合内科 03 消化器内科 04 肝・膵臓内科 05 呼吸器内科 06 循環器内科 08 内分泌・糖尿病内科 09 血液内科 10 膠原病内科 11 腎臓内科 12 神経内科 21 消化器・一般外科 22 呼吸器外科 23 小児外科 24 移植外科 25 心臓血管外科 26 乳腺内分泌外科 30 整形外科(病名) 31 産科婦人科 33 小児科(病名) 34 眼科 35 耳鼻いんこう科 36 皮膚科 37 泌尿器科(病名) 38 こころの医療センター(病名) 39 放射線科 40 麻酔科 41 脳神経外科(病名) 42 歯科口腔外科 43 リハビリテーション部
	※医師の指定 1. なし 2. あり () 医師
	※専門領域の指定 1. なし 2. あり ()
診療ご希望日	月 日 () 時頃 (初診診療時間 平日 午前9時~11時)
患者さん	氏名・フリガナ () 紹介医療機関でのID ()
	性別 氏名: 様 性別 男・女
	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	電話 () - (呼出 様方)
現住所 〒 -	
紹介理由 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> その他	
紹介医療機関で <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	名市大受診歴 <input type="checkbox"/> あり(診察券番号) <input type="checkbox"/> なし

保険者番号	記号・番号	本人・家族
有効期間	年 月 日~ 年 月 日 (資格取得日 年 月 日)	

公費負担医療を受給されている場合はご記入ください

公費負担者番号	受給者番号	有効期間	1 2 (3 4 *) 5)
		年 月 日~ 年 月 日	

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID ()	受診予約登録	予約票送付	患者情報・紹介情報登録
--------	--------	-------	-------------



地域連携コンシェルジュ

当院では、地域の医療機関から当院へご紹介いただいた患者さんの円滑な受診を支援するために、来院時の受診手続きを案内する地域連携コンシェルジュを配置しております。

予約の流れ

1

紹介患者初診予約（詳しくは9～11ページをご覧ください。）を取っていただいた後に、医療・福祉地域連携室まで電話でお申し込みください。

電話 052-858-7131

2

受付状況を確認し、お返事いたします。
なお、地域連携コンシェルジュがご案内させていただく場合には、「コンシェルジュ窓口のご案内」を紹介元医療機関にFAXで送信いたしますので、患者さんにお渡しください。

お申込み
・
お問い合わせ先

医療・福祉地域連携室

電話 052-858-7131 (直通)
(平日 8:30~18:30)
※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

注意していただきたいこと

- 地域連携コンシェルジュは、あくまでも医療機関からの医師、歯科医師による申し込みについてお受けするものであり、患者さんご自身、もしくはご家族などからの申し込みについてはお受けいたしかねますのでご了承ください。
- 対象は紹介患者初診予約を取っていただいた患者さんのみとなりますのでご了承ください。
- 地域連携コンシェルジュの人数に限りがあり、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。
- 地域連携コンシェルジュによるご案内は、来院時の受診手続きのみとなります。診察や検査への同席や相談・介助等はいたしかねますのでご了承ください。

患者さんへご案内いただきたいこと

患者さんには、病棟・中央診療棟1階の医療社会事業室へお越しいただくようご案内ください。



入院患者訪問・カルテ閲覧

当院では、地域の医療機関の医師と当院の主治医が診療にかかる情報を共有するため、地域の医療機関の医師による入院患者訪問やカルテ閲覧を承っています。

予約の流れ

1

医療・福祉地域連携室へ電話していただき、訪問希望日時をお伝えください。

電話 052-858-7131

2

当院の主治医との調整を行った上で訪問日時を確定させ、ご連絡いたします。

お申込み
・
お問い合わせ先

医療・福祉地域連携室

電話 052-858-7131 (直通)
(平日 8:30~18:30)
※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

注意していただきたいこと

- 入院患者訪問・カルテ閲覧は、原則として平日 13:00 ~ 17:00 までとさせていただきますのでご了承ください。
- 訪問時は、原則として当院でご用意する白衣及び名札を着用していただきますのでご了承ください。(名札につきましては、名古屋市医師会病診連携システムの名札でも結構です。)

訪問時におけるご案内

- 当日は、外来診療棟地下1階の医療・福祉地域連携室へお越しくください。



CT検査予約

当院では、地域の医療機関からの紹介によるCT検査予約をFAXにて承っています。

予約の流れ

1

「CT検査 予約申込票」（19ページまたは20ページ）に必要事項をご記入のうえ、検査希望日の前日までに医療・福祉地域連携室まで FAXでお申し込みください。

FAX 052-858-7130

2

予約状況を確認し、FAX受信後30分以内に「CT検査予約票」及び「CT検査のご案内」を紹介元医療機関にFAXで返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

※30分経過しても返信がない場合は、お手数ですが医療・福祉地域連携室へご連絡ください。（電話番号：052-858-7131）

3

診療情報提供書（紹介状）の写しをFAXにて医療・福祉地域連携室へお送りください。また、患者さんに検査当日に以下のものを持参していただくようお願いください。

- ・紹介元医療機関からの紹介状
- ・CT検査予約票及びCT検査のご案内（当院からFAXで返信したもの）
- ・健康保険証・各種医療証等
- ・当院の診察券（お持ちの場合のみ）
- ・血液（血清クレアチニン値）検査結果（造影検査の場合のみ）

4

検査実施後3～5日程度で、読影レポート及び検査画像を紹介元医療機関へ郵送いたします。（検査画像は、原則CD-Rにてご提供いたします。）

*検査時に緊急処置を要する場合は、当院の対応にご一任いただきます。

お申込み
・
お問い合わせ先

医療・福祉地域連携室

FAX 052-858-7130

電話 052-858-7131 (直通)

(平日 8:30~18:30)

※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

注意していただきたいこと

- CT検査予約は、あくまでも医療機関からの医師、歯科医師による申し込みについてお受けするものであり、患者さんご自身、もしくはご家族などからの申し込みについてはお受けいたしかねますのでご了承ください。
- 就学前のお子様についての申し込みはお受けいたしかねます。小児科をご受診ください。
- 造影検査の場合は、検査前後48時間以上メトホルミン薬の休薬と腎機能(eGFR)の確認が必要です。直近の血液検査の検査日と検査結果(血清クレアチニン値)をお知らせください。
- 緊急に検査が必要な場合は、各診療科外来をご受診ください。
- インプラント治療で3次元CT画像解析や計測が必要な場合は、歯科口腔外科をご受診ください。
- 心臓検査の申し込みについてはお受けいたしかねますのでご了承ください。

患者さんへご案内いただきたいこと

患者さんには、新来の方(これまでに当院で受診されたことがない方)につきましては、外来診療棟1階②番新来受付(診療予約のある方)へ、再来の方(これまでに当院で受診されたことがある方)につきましては外来診療棟1階④番診察券交付窓口へお越しいただくようそれぞれご案内ください。



FAX 052(858)7130 TEL 052(858)7131 申込み受付時間 8:30~18:30

紹介医療機関名 平成 年 月 日
 所在地
 医師ご氏名
 電話番号
 FAX 番号

- ★ 就学前のお子様については、このCT検査予約申込票ではお申しいただけません。通常の診療予約申込票を使ってお申し込みください。
- ★ 造影検査を依頼される場合は、検査前後 48 時間以上メトホルミン薬の休薬と腎機能 (eGFR) の確認が必要です。
- ★ 緊急に検査が必要な場合は、各診療科へご受診ください。

下記の項目にご記入ください。

1. CT 検査種別 : 単純撮影 造影剤使用撮影 (✓のない場合は単純撮影を実施します。)
 胆嚢 ← **胆嚢の検査の場合、絶食が必要となりますので左に☑してください。**
 造影検査を依頼される場合、患者さんについてご回答ください。

① 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか? → ない・ ある
 →あるというお答えの場合、その時、副作用を経験されましたか? → ない・ ある

② お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか? → ない・ ある

③ 喘息、腎不全、甲状腺疾患と言われたことがありますか? → ない・ ある

上記①の副作用又は②、③のいずれかが「ある」の場合、単純撮影へ変更又は各診療科外来へご受診ください。

2. 検査部位 : () ※胆嚢の検査の場合、絶食が必要となります。
 ※検査部位は紹介状にも記入してください。 ※心臓検査についてはお申し込みいただけません。

3. 画像提供希望 : CD-Rによる画像提供希望 読影レポートのみでよい

ご希望日時 第1希望 月 日 10時00分枠 ・ 15時00分枠
 (ご希望の時間帯に 第2希望 月 日 10時00分枠 ・ 15時00分枠
 Oを付けてください) *検査日から3~5日程度で、読影レポートおよび検査画像を紹介医療機関へ郵送します。

患者さん	氏名・性別	フリガ- () 紹介医療機関でのID () 氏名: 様 性別 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
	電話	() - (呼出 様方)
	緊急連絡先	氏名: (患者さんとの関係:) 電話番号: () -
現住所	〒 -	

紹介医療機関で 入院中 通院中 名市大受診歴 あり (診察券番号) なし

保険者番号	記号・番号	本人・家族
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (資格取得日 年 月 日)	

公費負担医療を受給されている場合はご記入ください

公費負担者番号	受給者番号	有効期間	LM (NOEFP)
		年 月 日 ~ 年 月 日	

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID ()	検査予約登録	予約票送付	患者情報・紹介情報登録
--------	--------	-------	-------------

名古屋市立大学病院 CT 検査 予約申込票 (歯科) 様式 1-2

FAX 052(858) 7130 TEL 052(858) 7131 申込み受付時間 8:30~18:30

紹介医療機関名 平成 年 月 日

所在地

医師ご氏名

電話番号

FAX 番号

- ★ 就学前のお子様、インプラント治療で3次元CT画像解析や計測が必要な場合については、このCT検査予約申込票ではお申しいただけません。通常の診療予約申込票を使ってお申し込みください。
- ★ 造影検査を依頼される場合は、検査前後 48 時間以上メトホルミン薬の休薬と腎機能 (eGFR) の確認が必要です。
- ★ 緊急に検査が必要な場合は、各診療科へご受診ください。

下記の項目にご記入ください。

1.保険診療 : 保険診療 保険外診療 (インプラント義歯など)

2.CT検査種別 : 単純撮影 造影剤使用撮影 (✓のない場合は単純撮影を実施します。)

造影検査を依頼される場合、患者さんについてご回答ください。

- ① 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか? → ない・ ある
 →あるというお答えの場合、その時、副作用を経験されましたか? → ない・ ある
- ② お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか? → ない・ ある
- ③ 喘息、腎不全、甲状腺疾患と言われたことがありますか? → ない・ ある

上記①の副作用又は②、③のいずれかが「✓ある」の場合、単純撮影へ変更又は各診療科外来へご受診ください。

3.検査部位 : ()

※検査部位は紹介状にも記入してください。

4.画像提供希望 : 読影レポートのみでよい CD-Rによる画像提供希望 フィルムによる画像提供希望

ご希望日時 第1希望 月 日 10時00分枠 ・ 15時00分枠
 (ご希望の時間帯に 第2希望 月 日 10時00分枠 ・ 15時00分枠
 Oを付けてください) *検査日から3~5日程度で、読影レポートおよび検査画像を紹介医療機関へ郵送します。

患者さん	氏名・性別	フ、 () 紹介医療機関でのID ()	
	氏名	様	性別 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
	電話	() - (呼出 様方)	
	緊急連絡先	氏名: (患者さんとの関係:) 電話番号: () -	
現住所	〒 -		

紹介医療機関で 入院中 通院中 名市大受診歴 あり (診察券番号) なし

保険者番号	記号・番号	本人・家族
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (資格取得日 年 月 日)	

公費負担医療を受給されている場合はご記入ください

公費負担者番号	受給者番号	有効期間	ST (UVLMW)
		年 月 日 ~ 年 月 日	

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID ()	検査予約登録	予約票送付	患者情報・紹介情報登録
--------	--------	-------	-------------

集団栄養指導予約

当院では、かかりつけ医療機関からの紹介による糖尿病や腎臓病患者さんを対象としたグループ指導予約をFAXにて承っています。

FAX予約の流れ

1

別紙「グループ指導 予約申込票」(23 ページ) に必要事項をご記入のうえ、締切日(1回目の6日前)までに医療・福祉地域連携室へFAXでお申し込みください。

FAX 052-858-7130

2

予約状況を確認し、「グループ指導予約申込票」、「診療情報提供書」、「問診票」及び「食事記録表」等を紹介元医療機関にFAXで送信いたしますので、患者さんにお渡しください。「診療情報提供書」は記載の上、医療・福祉地域連携室へFAXしていただくとともに、原本を患者さんにお渡しください。

※患者さんには受診日に以下のものを持参していただくようお願いください

- ・かかりつけ医療機関からの診療情報提供書
(当院様式のもの)
- ・グループ指導予約申込票
- ・問診票
- ・生活習慣記録表
- ・食事記録表
- ・食事摂取頻度調査表
- ・健康保険証・各種医療証等
- ・名古屋市立大学病院の診察券(お持ちの場合)

当院からFAX
で送信したもの

3

グループ指導が1クール終了した後、患者さんに診療情報提供書をお渡しいたします。その後の治療につきましては、引き続きかかりつけ医療機関にてお願いいたします。

お申込み
・
お問い合わせ先

医療・福祉地域連携室

FAX 052-858-7130

電話 052-858-7131 (直通)

(平日 8:30~18:30)

※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

注意していただきたいこと

○対象者は以下の通りです。

糖尿病：1型及び2型糖尿病で腎臓の合併症のない方

腎臓病：腎不全、糖尿病性腎症の方(透析導入者を除く)

○集団栄養指導予約は、あくまでもかかりつけ医療機関からの医師、歯科医師による申し込みについてお受けするものであり、患者さんご自身、もしくはご家族などからの申し込みについてはお受けいたしかねますのでご了承ください。

○患者さんの病状などによりお受けできない場合や、次回以降までお待ちいただく場合があります。

○料金は糖尿病、腎臓病ともに1クールあたり約3,000円です。(3割負担の場合)

日 程

○糖尿病：原則第4水曜日に1クール4回で実施

○腎臓病：原則第3火曜日に1クール4回で実施

患者さんへご案内いただきたいこと

患者さんには病棟・中央診療棟1階の医療社会事業室へご案内ください。

名古屋市立大学病院 グループ指導 予約申込票

FAX 052(858)7130 TEL 052(858)7131 申込受付時間 8:30~18:30

紹介医療機関名 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 所在地 _____
 医師ご氏名 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____

該当するものに☑してください。

糖尿病（4回コース） 15:00~16:30 腎臓病（4回コース） 13:00~14:30

開始希望月 <small>(糖尿病:1月、5月、9月) (腎臓病:3月、7月、11月)</small>	第1希望	初回	平成	年	月	開始
	第2希望	初回	平成	年	月	開始
患 者 さ ん	氏名・性別	フリガナ ()		紹介医療機関でのID ()		
				様	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日生 (歳)
	電話	()	—	(呼出 様方)		
	緊急連絡先	氏 名:		(患者さんとの関係:)		
	電話番号: ()		—			
現住所	〒					

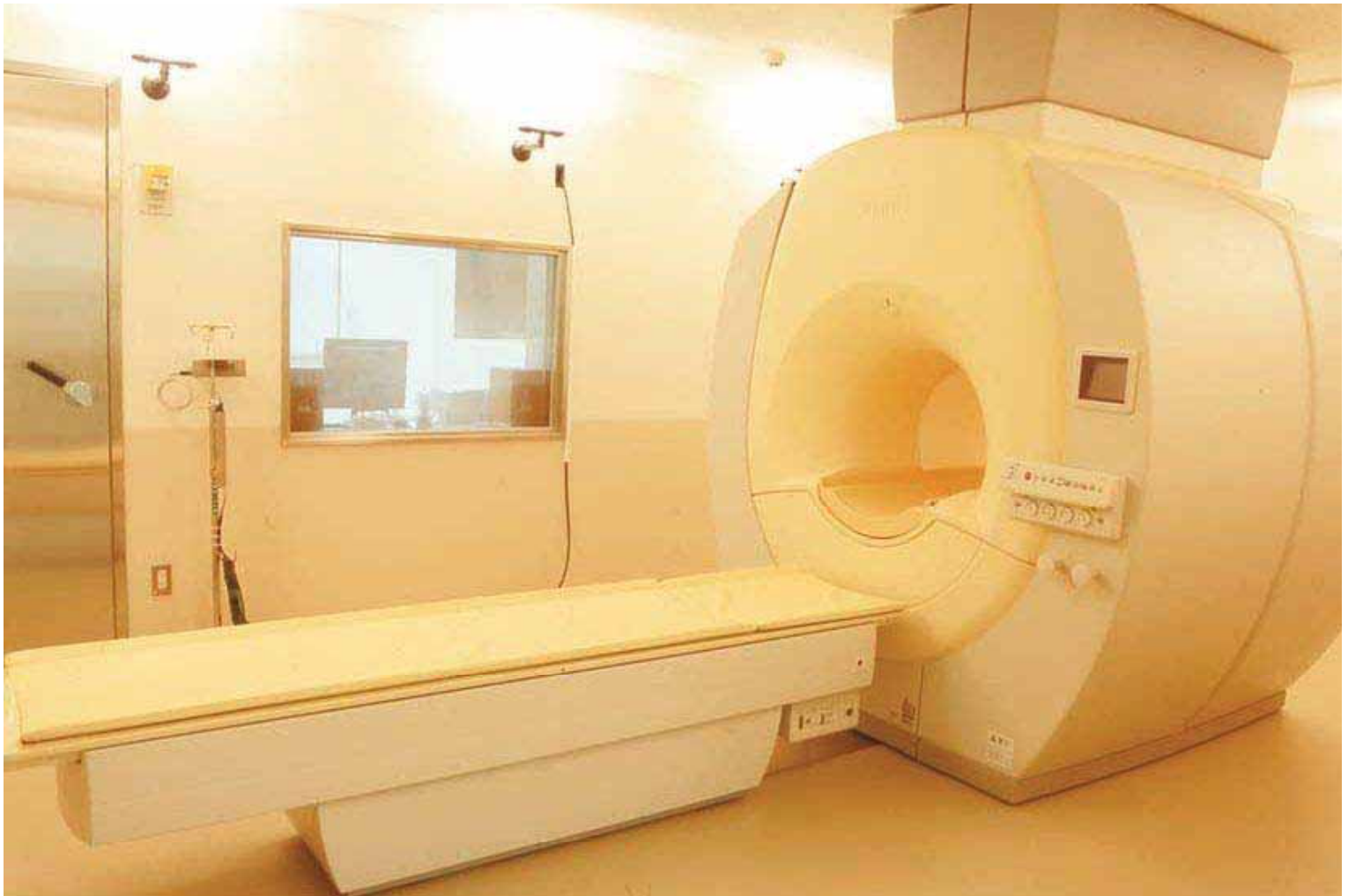
保険者番号		被保険者記号・番号	
被保険者名			
有効期間	年 月 日~	年 月 日	(資格取得日 年 月 日)

公費負担医療を受給されている場合はご記入ください。

	公費負担者番号	受給者番号	有効期間	備考(自己負担等)
①			年 月 日~ 年 月 日	
②			年 月 日~ 年 月 日	

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID	予約登録		予約票等送付		患者情報・紹介情報登録	
----	------	--	--------	--	-------------	--



セカンドオピニオン外来

当院では、当院以外の医療機関の診断や説明に対して、別の観点から、より専門的な意見を聞きたい、手術を受けるかどうか決めかねている、などの悩みをもつ患者さんやそのご家族の方に対して、当院の専門の医師が診療内容や治療方法に関して、参考となる情報や意見を提供します。

予約の流れ

事前予約制です。当日の受診は受け付けておりませんのでご注意ください。

1

下記の書類に必要事項をご記入のうえ、医事課セカンドオピニオン外来担当あて郵送、もしくは直接持参してください。

※電子メール、FAXによる申込受付は行っておりませんのでご注意ください。

- ・セカンドオピニオン外来申込書（28 ページ）
- ・紹介元医療機関からの紹介状
- ・同意書（患者さん本人以外の方が受診される場合のみ）
※同意書は当院ホームページより出力できます。

2

当院において書類の内容を確認し、受診日時を決定いたします。
決定した受診日時は、申込書に記載された連絡先に電話連絡するとともに、予約票を郵送いたします。

3

紹介元医療機関から、セカンドオピニオン外来を受診される方に受診当日に必要な資料（画像診断フィルム、検査結果など）をお渡しください。受診後、当院の医師が診療情報提供書を紹介元医療機関あてに作成いたします。

お問い合わせ先

医事課セカンドオピニオン外来担当

電話 052-858-7125

(平日9:00~17:00)

※祝日・年末年始(12月29日~1月3日)を除く

受診できる方

下記の条件全てに該当する方が、当院のセカンドオピニオン外来を受診することができます。

- 患者さん本人もしくは患者さん本人の同意を得たご家族の方
- 紹介元医療機関から紹介状(診療情報提供書)及び必要に応じ画像診断フィルムや検査結果などの資料の提供を受けられる方
※当院で検査や治療などは行いません。
- 受診後に紹介元医療機関を再受診される方
- 受診の目的が次に掲げるものでない方
 - ・紹介元医療機関に対する苦情のため
 - ・医療事故等に関する訴訟のため
 - ・診療費に関する相談のため
 - ・亡くなられた患者さんに関する相談のため
- 当院のセカンドオピニオン外来の対象疾患であること
※対象疾患につきましては、27ページをご覧ください。

注意していただきたいこと

- 上記に該当する場合であっても、申込書の内容等を判断し受診をお断りする場合がございますのでご了承ください。
- 診断書・証明書は発行いたしませんのでご了承ください。
- CT等画像をCD-Rで持参された場合につきましては、返却できませんのでご了承ください。



セカンドオピニオン外来対象疾患等一覧

平成23年7月1日現在

対象疾患	担当医		診察日	
脳腫瘍	放射線科	芝本雄太	毎週月	10:00~11:30
頭頸部癌			毎週木	11:00~12:00
粒子線治療対象疾患				
脳血管内手術	脳神経外科	間瀬光人	毎週木	13:00~14:00
下垂体疾患				
脳神経外科疾患	脳神経外科	山田和雄	毎週月	9:00~10:00
神経難病	神経内科	小鹿幸生	第2・4金	14:00~16:00
肺癌	呼吸器内科	小栗鉄也	第1・3木	14:00~16:00
	呼吸器外科	矢野智紀	毎週水	15:00~16:00
	放射線科	芝本雄太	毎週月	10:00~11:30
縦隔腫瘍	呼吸器外科	矢野智紀	毎週水	15:00~16:00
サルコイドーシス	呼吸器内科	佐藤滋樹	毎週月	10:00~12:00
食道癌	消化器・一般外科	木村昌弘	毎週水	15:00~16:00
	放射線科	芝本雄太	毎週月	10:00~11:30
アカラジア	消化器・一般外科	木村昌弘	毎週水	15:00~16:00
胃癌	消化器・一般外科	木村昌弘	毎週水	15:00~16:00
肝癌	中央手術部	岡田祐二	第1・3木	16:00~17:00
胆道癌	中央手術部	岡田祐二	第1・3木	16:00~17:00
膵癌				
膵石症	総合内科	大原弘隆	毎週木	15:30~17:00
自己免疫性膵炎	肝・膵臓内科	中沢貴宏	隔週月	15:00~17:00
大腸癌	消化器・一般外科	竹山廣光	毎週木	11:00~12:00
クローン病	消化器・一般外科	竹山廣光	毎週木	11:00~12:00
潰瘍性大腸炎				
治療抵抗性高血圧	循環器内科	土肥靖明	毎週月	16:00~17:00
悪性高血圧				
肺高血圧症	循環器内科	武田 裕	毎週月	15:00~16:00
成人先天性心疾患				
多発性骨髄腫	血液内科	飯田真介	毎週木	9:00~10:30
悪性リンパ腫	血液内科	飯田真介	毎週木	9:00~10:30
		石田高司	毎週水	9:30~11:00
T細胞リンパ腫	血液内科	上田龍三 石田高司	毎週水	9:30~11:00
乳癌	乳腺内分泌外科	小林俊三	毎週月	14:00~15:30
子宮癌	産科婦人科	荒川敦志	毎週月	14:30~15:00
	放射線科	芝本雄太	毎週月	10:00~11:30
			毎週木	11:00~12:00
卵巣癌	産科婦人科	荒川敦志	毎週月	14:30~15:00
習慣流産	産科婦人科	杉浦真弓	毎週月	15:00~16:00
不育症				
泌尿生殖器癌	泌尿器科	戸澤啓一	毎週月	14:00~15:00
前立腺癌	放射線科	芝本雄太	毎週月	10:00~11:30
			毎週木	11:00~12:00
難治性皮膚疾患	皮膚科	森田明理	毎週月	13:00~13:30
原発不明癌	化学療法部	小松弘和	毎週金	15:00~16:00

セカンドオピニオン外来申込書

				申込日			年	月	日		
フリガナ				男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日					
患者氏名											
名古屋市立大学病院の受診歴有無				有（診察券番号） ・ 無							
患者連絡先	〒 -										
	電話 - -			電話 - -							
	電話 - -			F A X - -							
フリガナ				男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日					
相談者氏名	(患者との続柄)										
名古屋市立大学病院の受診歴有無				有（診察券番号） ・ 無							
相談者連絡先	〒 -										
	電話 - -			電話 - -							
	電話 - -			F A X - -							
<p>(1) 患者様の現在の状況（いずれか○で囲んでください） 入院中 ・ 通院中 ・ その他（ ）</p> <p>(2) 入院中（入院した）または通院中（通院した）の医療機関及び診療科名</p> <p>(3) 病名</p> <p>(4) 当日持参される資料（持参される資料を○で囲んでください） レントゲンフィルム・検査結果・その他（ ）</p> <p>(5) 医師に相談される内容</p>											
申込書受付日				受付者				電話連絡日			

※ 患者様ご本人が受診される場合は、相談者様の欄（相談者氏名・相談者の連絡先）は空欄で結構です。

※ 電話番号欄につきましては、必ず連絡のとれる電話をご記入ください。（複数ある場合は複数ご記入ください。）

症例検討会

当院では、地域の医療機関の医師とともに、具体的な症例をもとにした診断と治療法に関する研究を行っています。是非、ご参加ください。

※事前申込みが必要な場合がありますので、あらかじめ、お問い合わせ先（各医局）までご連絡ください

症例検討会一覧

名称	概要	日時	会場	お問い合わせ先
消化器・肝・膵 症例検討会	消化器疾患全般について、特に問題症例を中心に検討	毎月 第2火曜日 19時～	病棟・中央診療棟4階 第1会議室	消化器内科、肝・膵臓内科 担当：中沢 申込み先：消化器・代謝内科医局秘書 電話番号：052-853-8211 締め切り：前日
内分泌・糖尿病内科 ケースカンファレンス	主科、副科の入院患者さんを 対象とした症例検討	毎週火曜日 17時30分～	病棟・中央診療棟 14階南病棟 カンファレンスルーム	内分泌・糖尿病内科 担当：消化器・代謝内科医局秘書 申込み先：消化器・代謝内科医局 電話番号：052-853-8211
呼吸器内科症例検討会	主科、副科の入院患者さんを 対象とした症例検討	毎週木曜日 18時～20時	病棟・中央診療棟 15階北病棟 カンファレンスルーム	呼吸器内科 担当：宮崎 申込み先：腫瘍・免疫内科医局 電話番号：052-853-8216
血液内科症例検討会	血液内科疾患の問題症例の 検討	毎週火曜日 18時～ 19時30分	病棟・中央診療棟 15階北病棟 カンファレンスルーム	血液内科 担当：楠本 申込み先：腫瘍・免疫内科医局 電話番号：052-853-8216
膠原病内科症例検討会	主科、副科の入院患者さんを 対象とした症例検討	毎週木曜日 17時30分～ 19時	病棟・中央診療棟 12階南病棟 Dr実習室	膠原病内科 担当：難波 申込み先：腫瘍・免疫内科医局 電話番号：052-853-8216
腎臓内科 ケースカンファレンス	主科、副科の入院患者さんを 対象とした症例検討	毎週月曜日 8時～9時	病棟・中央診療棟 14階北病棟 Dr実習室	腎臓内科 担当：福田 申込み先：心臓・腎高血圧内科医局秘書 電話番号：052-853-8221 締め切り：前週の金曜日
腎生検 病理カンファレンス	主科、副科の入院患者さんを 対象とした症例検討	隔週月曜日 15時30分～	病棟・中央診療棟 14階北病棟 Dr実習室	腎臓内科 担当：福田 申込み先：心臓・腎高血圧内科医局秘書 電話番号：052-853-8221 締め切り：前週の金曜日
消化器・一般外科・ 小児移植外科 症例検討会	手術症例の提示、 discussion、 手術済み症例の報告	毎週火曜日 8時～9時 毎週金曜日 16時～17時	病棟・中央診療棟10階 第6会議室（火曜日） 病棟・中央診療棟10階 第5会議室（金曜日）	消化器外科 担当：舟橋、松尾 申込み先：消化器外科医局 電話番号：052-853-8226
チェスト カンファレンス	呼吸器疾患の相談に応じて います。呼吸器外科・内科医、 放射線診断専門医が親身に お応え申し上げます。	毎月 第3火曜日 18時30分～	病棟・中央診療棟10階 第5会議室 または第6会議室	呼吸器外科 担当：矢野 申込み先：腫瘍・免疫外科医局 電話番号：052-853-8231
心臓血管外科症例検討会	心臓血管外科手術予定症例、 他科からの診察依頼症例の 検討	毎週木曜日 7時45分～ 8時30分	病棟・中央診療棟 14階南病棟 Dr実習室	心臓血管外科 担当：野村 申込み先：心臓血管外科医局 電話番号：052-853-8099
小児心臓外科症例検討会	先天性心疾患症例の検討	第1、3火曜日 18時30分～ 20時	病棟・中央診療棟 9階南病棟 Drカンファレンス室	心臓血管外科 担当：野村 申込み先：心臓血管外科医局 電話番号：052-853-8099

名称	概要	日時	会場	お問い合わせ先
整形外科症例検討会	基本的には、整形外科で手術予定の患者さんについて検討	毎週月曜日 17時～18時30分 毎週木曜日 7時30分～8時30分	病棟・中央診療棟12階 北病棟 Dr実習室	整形外科 担当：水谷 申込み先：整形外科医局 電話番号：052-853-8236
産科婦人科症例検討会	入院症例の検討会	毎週月曜日 18時～19時	医学部研究棟2階 臨床セミナー室	産科婦人科 担当：佐藤 申込み先：産科婦人科医局 電話番号：052-853-8241
眼科症例検討会 (clinical conference)	重要な疾患や貴重な症例についてのディスカッション	木曜日 (不定期) 18時～19時	病棟・中央診療棟10階 会議室	眼科 担当：野崎 申込み先：眼科医局 電話番号：052-853-8251 ※注意 開催が不定期ですのでお問い合わせの上お越しください。
皮膚科臨床病理 カンファレンス	臨床と病理組織の症例検討	毎週水曜日 17時30分～20時 前半：臨床カンファ 後半：病理カンファ	皮膚科医局または 病棟・中央診療棟10階	皮膚科 担当：医局長 申込み先：皮膚科医局秘書 電話番号：052-853-8261
泌尿器科症例検討会	泌尿器科疾患全般について問題症例を中心に検討	毎週木曜日 17時～18時	病棟・中央診療棟11階 南病棟 Dr実習室	泌尿器科 担当：梅本 申込み先：泌尿器科医局 電話番号：052-853-8266
臨床疑問 カンファレンス	精神疾患一般の症例検討とそこで生じた臨床疑問の解決	毎週月曜日 18時～20時	医学部研究棟10階 精神科 カンファレンスルーム	精神科 担当：平林（秘書） 申込み先：精神科医局 電話番号：052-853-8271 ※参加は、検討症例に対する守秘義務のある方に限らせていただきます。
肝臓内科放射線科 カンファレンス	肝臓内科のIVR症例の検討会	毎週金曜日 17時30分～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：下平、橋爪 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
神経内科放射線科 カンファレンス	神経内科症例の画像の検討会	毎週月曜日 18時30分～	病棟・中央診療棟13階 北病棟 カンファレンスルーム	放射線科 担当：櫻井 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
消化器外科 術前術後画像 カンファレンス	消化器外科の手術症例の検討会	毎週月曜日 18時30分～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：下平 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
呼吸器外科 術前術後画像 カンファレンス	呼吸器外科症例の画像検討会、手術症例の術前術後の検討	毎週木曜日 16時30分～	病棟・中央診療棟15階 南病棟 カンファレンスルーム	放射線科 担当：原、小澤 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
胸部画像診断勉強会	放射線科 シニアレジデントのための胸部画像勉強会	毎週木曜日 20時～	病棟・中央診療棟2階 画像診断室	放射線科 担当：原 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
心臓血管外科 術前術後画像 カンファレンス	心臓血管外科症例の画像検討会	毎週木曜日 7時45分～	病棟・中央診療棟14階 南病棟 カンファレンスルーム	放射線科 担当：中川、橋爪 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
婦人科 術前術後画像 カンファレンス	婦人科の手術症例の画像についての検討会	毎週月曜日 16時30分～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：荒川、河合 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
乳腺撮影 カンファレンス	乳腺撮影の読影会	毎週水曜日 18時～	病棟・中央診療棟2階 画像診断室	放射線科 担当：荒川 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
小児科放射線科 カンファレンス	小児科症例の画像の検討会	第3月曜日 17時～	病棟・中央診療棟9階 南病棟 カンファレンスルーム	放射線科 担当：中川 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276

名称	概要	日時	会場	お問い合わせ先
耳鼻科放射線科腫瘍カンファレンス	耳鼻科領域腫瘍の カンファレンス、 画像診断と放射線治療	毎週火曜日 18時～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：小林、石倉 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
泌尿器科放射線科カンファレンス	泌尿器科症例の画像検討会	隔週火曜日 19時～	病棟・中央診療棟11階 南病棟 カンファレンスルーム	放射線科 担当：竹内 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
放射線科IVRカンファレンス	IVR症例の結果と 予定IVR症例の検討	毎週金曜日 18時30分～ 毎週月・水・金曜日 8時15分～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：下平、橋爪 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
ICU、放射線科画像カンファレンス	—	毎週月・木曜日 11時～	集中治療室 (ICU)	放射線科 担当：原 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
General roentogen conference	興味ある画像の症例検討会	第3水曜日 18時30分～	放射線科医局	放射線科 担当：竹内 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
Mini General roentogen conference	興味ある画像の院内症例 検討会 (主に若手向け)	隔週火曜日 19時～	外来診療棟2階 放射線科読影室	放射線科 担当：竹内 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
放射線治療部門カンファレンス	放射線治療部門の中堅～ 若手の会議・症例検討会	毎週水曜日 19時～	病棟・中央診療棟 地下1階 放射線治療計画室	放射線科 担当：石倉、杉江、岩田 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
食道カンファレンス	主に食道癌症例を 対象とした外科・内科・ 放射線科の症例検討会	第3月曜日 19時～	病棟・中央診療棟 地下1階 放射線治療計画室	放射線科 担当：石倉、杉江、岩田、橋爪 申込み先：放射線科医局 電話番号：052-853-8276
脳神経外科 ケースカンファレンス	術前後の症例検討、入院 患者の症例検討	毎週月曜日 8時～8時30分 毎週水曜日 7時30分～8時 毎週金曜日 7時30分～8時30分 (神経内科合同)	脳神経外科教室	脳神経外科 担当：西尾 申込み先：脳神経外科医局秘書 電話番号：052-853-8286
歯科口腔外科 ケースカンファレンス	手術症例・問題症例の検討	毎週木曜日 17時～18時	歯科口腔外科医局	歯科口腔外科 担当：医局長 申込み先：歯科口腔外科医局秘書 電話番号：052-853-7302 締め切り：前日

