

2010年 8月20日

関係医療機関 各位

岩手県立久慈病院 地域医療福祉連携室長 三浦 一之

診療体制等のお知らせ

残暑の候、貴下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

当院における、2010年8月1日現在の診療体制（診療科別担当医師）等をお知らせいたしますので、よろしくお願いいたします。

お送りした情報や患者紹介に関する不明な点、当院の診療内容に関する問い合わせ等がありましたら、お気軽に「地域医療福祉連携室」までご連絡ください。

記

1 曜日別診療体制一覧について（2～3P）

- 当該診療体制一覧は、2010年8月1日現在の内容となっております。人事異動等の理由により、担当医師が変更となることがありますのでご了承ください。

2 FAXによる診療予約について（4～5P）

- FAXによる診療予約のフロー「地域医療福祉連携室：FAX予約処理の流れ」及びFAX診療予約に利用する「受診予約票（診療申込書）」を添付いたします。患者紹介時にご利用願います。

担 当：岩手県立久慈病院 地域医療福祉連携室 診療予約担当（内線6171）
電 話：0194-53-6131（病院代表） 0194-53-6132（ダイヤルイン）
直 通：070-6952-3467 FAX：0194-61-1220
ホームページURL：<http://www.pref.iwate.jp/~hp9001/iphs/iph100/index.htm>

岩手県立久慈病院 診療科・曜日別 診療体制一覽

ブロック	診療科	午前 午後	診察室等	週	月	火	水	木	金
1	神経内科	午前			紺野可奈子	大平泰子 (応援・岩手医大)	柴田俊秀	森 潔史 (応援・岩手医大)	柴田俊秀
	脳神経外科	午前	1 診		福田健志	枅 一毅	福田健志	福田健志	休診
			2 診		三浦一之	三浦一之	三浦一之	三浦一之	
	循環器科	午前	1 診		盛川宗孝	大澤正樹 (応援・岩手医大)	佐久間雅文	盛川宗孝	盛川宗孝
			2 診		松本立也	盛川宗孝	松本立也	松本立也	松本立也
			3 診		高橋祐司	高橋祐司	高橋祐司	高橋祐司	佐久間雅文
			4 診			佐久間雅文			
			4 診	第4			田中文隆 (応援・岩手医大)		
	呼吸器科	午前	1 診	第1 第2		鹿内俊樹 (応援・八戸日赤)			
			2 診				佐藤温子 (応援・岩手医大)	佐藤日出夫 (呼吸器外科)	
			2 診	第3 第4		加賀美浩 (応援・八戸日赤)			
			2 診 【予約のみ】	第4	小林 仁 (応援・岩手医大)				
2	消化器科	午前	1 診			鈴木年竜	休診	鈴木年竜	鈴木年竜
			2 診		赤坂威一郎	柿坂/赤坂(理) (応援・岩手医大)		赤坂威一郎	赤坂威一郎
			3 診		片岡晃二郎	片岡晃二郎		柿坂/赤坂(理) (応援・岩手医大)	片岡晃二郎
	放射線科 【予約のみ】	午前			熊谷由基	熊谷由基	熊谷由基	熊谷由基	熊谷由基
	整形外科	午前	1 診		三又義訓	三又義訓	三又義訓	三又義訓	三又義訓
			2 診		宗像秀樹	宗像秀樹	宗像秀樹	後藤 実 (応援・岩手医大)	宗像秀樹
3	外 科	午前	1 診		遠野千尋	下沖 収	皆川幸洋	下沖 収	阿部 正
			2 診		馬場誠朗	高橋正統	馬場誠朗	高橋正統	皆川幸洋
			3 診		(下沖 収)	皆川幸洋	遠野千尋	千葉丈広 (応援・岩手医大)	遠野千尋
			3 診	第2 第4	藤井祐次 (応援・岩手医大)				
			乳腺外来	第3				柏葉匡寛 (応援・岩手医大)	
	泌尿器科	午前			杉村 淳	兼平 貢	杉村 淳	杉村 淳	兼平 貢
	形成外科	午前			長尾宗朝 (応援・岩手医大)	白石直人	白石直人	木村裕明 (応援・岩手医大)	白石直人
	麻酔科				休診	休診	休診	休診	休診
	血液内科	午前		各週				沼岡英晴 (応援・八戸日赤)	

岩手県立久慈病院 診療科・曜日別 診療体制一覽

ブロック	診療科	午前 午後	診察室等	週	月	火	水	木	金
4	歯 科	午前	1 診		前田康博	前田康博	前田康博	前田康博	前田康博
			2 診		坂岡丈利	坂岡丈利	坂岡丈利	坂岡丈利	坂岡丈利
		午後	1 診		前田康博	前田康博	休診 (手術日)	前田康博	前田康博
			2 診		坂岡丈利	坂岡丈利		坂岡丈利	坂岡丈利
	小児科	午前	1 診		曾我菜海 (応援・岩手医大)	臨床研修医	齋藤智子 (応援医師)	中野 智 (応援・岩手医大)	早田 航 (応援・岩手医大)
			2 診		関上 勇	関上 勇	関上 勇	関上 勇	関上 勇
			3 診		臨床研修医		臨床研修医	臨床研修医 (第1を除く)	臨床研修医 (第2・3を除く)
			3 診	第1				高田 彰 (応援・岩手医大)	
			3 診	第2					遠藤幹也 (応援・岩手医大)
			3 診	第3					高橋 信 (応援・岩手医大)
		午後	乳児検診 【予約のみ】 15:30 まで		○				
			予防接種 15:30 まで			○			
			ぜん息外来 【予約のみ】 15:30 まで				○		
			慢性疾患 【予約のみ】 15:30 まで					○	
	皮膚科	午前	1 診		浅井大志	浅井大志	浅井大志	浅井大志	浅井大志
			2 診		月2回 赤坂俊英／高橋和宏（応援：岩手医大）				
		午後	予約のみ 15:00-16:00			浅井大志		浅井大志	浅井大志
5	眼 科	午前			大関尚行	石川陽平 (応援・岩手医大)	大関尚行	大関尚行	大関尚行
	産婦人科	午前			中里権恵	中里権恵	中里権恵	永沢崇幸 (応援・二戸病院)	永沢崇幸 (応援・二戸病院)
					応援：二戸病院（随時）				
		午後	予約のみ 16:00 まで		妊婦検診等				
	耳鼻咽喉科	午前			福田宏治 (応援・岩手医大)	休診	休診	桑島 秀 (応援・岩手医大)	休診
	精神科	午前			休診	田鎖愛理 (応援・岩手医大)	休診		
				隔週				遠藤/岩戸 (応援・岩手医大)	遠藤/岩戸 (応援・岩手医大)
		午後	新患のみ		休診	田鎖愛理 (応援・岩手医大)	休診		
				隔週				遠藤/岩戸 (応援・岩手医大)	遠藤/岩戸 (応援・岩手医大)

FAXによる患者紹介・受診予約の流れ

1 当院への患者さんの紹介について

当院へ患者さんを紹介していただく際は、予め以下の手順によりFAXで受診の予約をしていただくか、直接担当医師までご連絡くださいますよう、ご協力をお願いいたします。

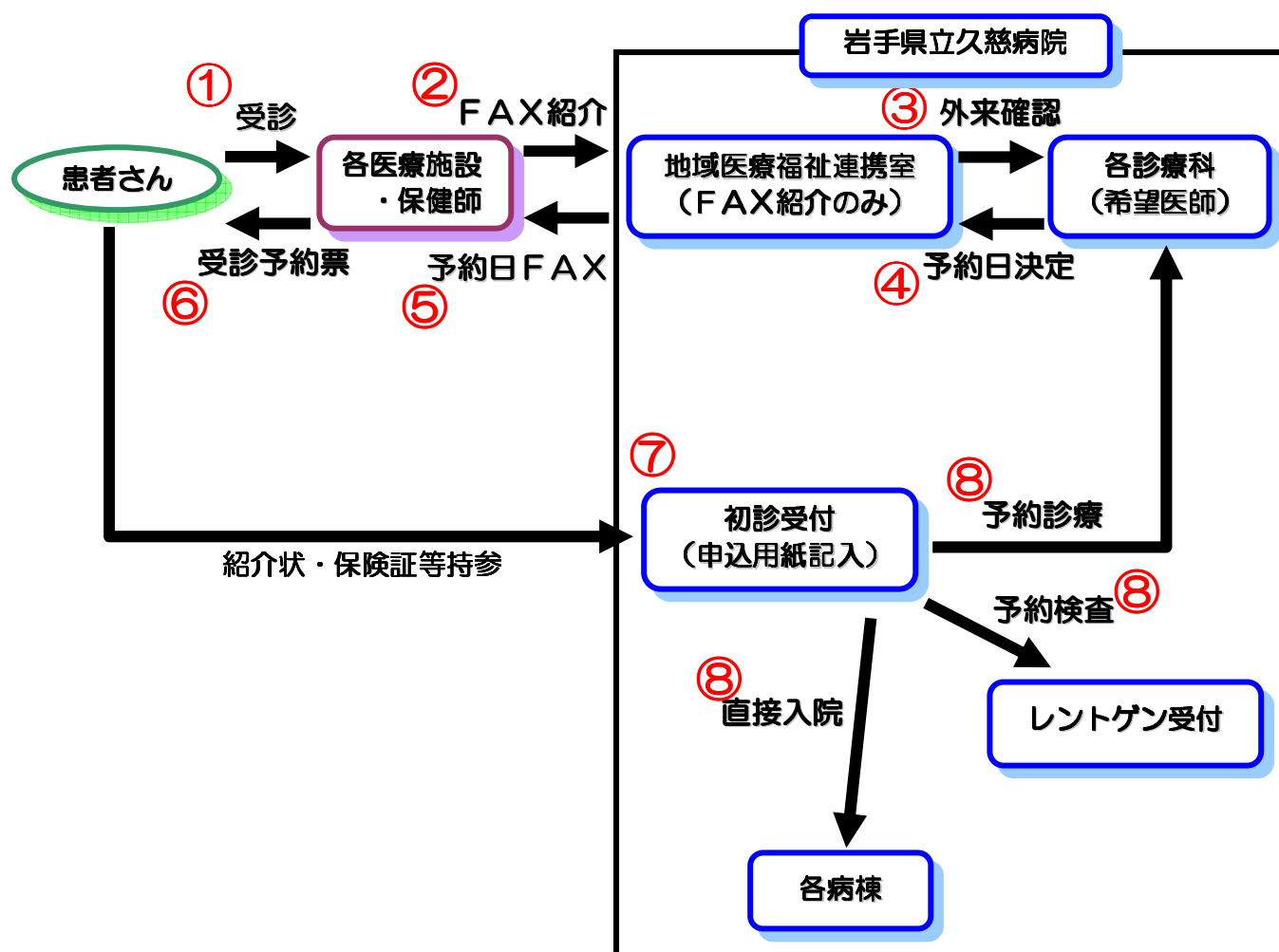
なお、急を要する患者様につきましてはこの限りではありませんので、直接担当医師、または、地域医療福祉連携室までご連絡をお願いいたします。

2 FAX受診予約（紹介）の流れ

- (1) 別紙「受診予約票（診療申込書）」に必要事項を記入（患者様の保険情報等につきましては、保険証やカルテの表紙の写しの送付でもかまいません。）のうえ、以下のFAX番号あてに送信願います。この際、診療情報提供書につきましても、併せて送信いただきますようご協力をお願いいたします。

● FAX番号 : 0194-61-1220

- (2) 受信しました「受診予約票（診療申込書）」の情報に基づき、地域医療福祉連携室で予約の調整を行います。予約日を確認する医師の診療スケジュールの都合等により、若干お時間をいただくことがありますので、予めご了承ください。（患者さんがお待ちである等、予約日の回答をお急ぎの場合は、お手数をおかけいたしますが、その旨をFAX用紙の余白にご記入願います。）



受診予約票

受付時間：平日 AM 8 : 30 ~ PM 4 : 30

時間外の対応は、直近平日の AM 8 : 30 以降です!!!

岩手県立久慈病院地域連携室宛

Fax : 0194-61-1220

PHS : 070-6321-0672

貴施設名 _____
医師名 _____

付随 Fax ☐ 診療情報提供書
☐ 保険証コピー
☐ 公費負担受託者証のコピー

診療情報提供書に所定の住所、生年月日、性別等を記載して同時に Fax して頂ければ、
左半分は記入不要です。
保険証及び公費負担受託者証のコピーを同時に Fax して頂ければ、左半分の記載は不要です。

診療申込書

久慈病院の診療券をお持ちの方は下に番号希望を記入してください。

AA新規 BB転院・再 CC兼科 HH保険追加

□□□□	—	□□□□□□	—	□□
------	---	--------	---	----

(受付)平成 年 月 日

(フリガナ)					男 ・ 女
氏名					
生年月日	明大昭平	年	月	日	才
住所	〒□□□□—□□□□□□				
受診希望料 希望する科に ○印をつけて 下さい。	10 呼吸器科 11 消化器科 12 循環器科 14 小児科 15 外科	19 整形外科 20 脳神経外科 21 形成外科 23 皮膚科 24 ひ尿器科	25 産婦人科 27 眼科 28 耳鼻咽喉科 29 放射線科 31 歯科	32 麻酔科 37 神経内科 05 精神科 健康診断	
連絡先	電話 有・無	自宅 呼出	局	番	様方
被保険者氏名			続柄		
職業又は 勤務先	(電話 — —)				
次の質問にお答え下さい。					
・当院の受診は初めてですか。〔はい(年 月ごろ受診)・いいえ〕					
・その時受診されたのは何科ですか。〔 〕					

病 院 保 険 者 証 入 公 費 負 担 欄	本人・家族	本人	家族		
	被 保 険 者 証	保険者名	□□□□□□□□□□		
		記号	□□□□□□□□□□		
		番号	□□□□□□□□□□		
		資格取得 年月日	年	月	
	有効期限	年	月		
		負担割合	□□□□□□□□□□		
		公 費 負 担	負担種別	□□□□□□□□□□	
			負担者名	□□□□□□□□□□	
	負担者番号		□□□□□□□□□□		
受給者番号	□□□□□□□□□□				
担	資格取得 年月日	年	月		
	有効期限	年	月		

希望診療科： _____ 希望医師名： _____

第1希望診察月日： _____ 月 _____ 日

第2希望診察月日： _____ 月 _____ 日

その他希望事項： _____