

連携だより

平成23年

8 月号

平成23年8月1日発行

独立行政法人 国立病院機構

呉医療センター・中国がんセンター
地域医療連携室

〒737-0023 広島県呉市青山町3-1
TEL 0823-22-3816
FAX 0823-22-3175

URL <http://www.kure-nh.go.jp/>

E-mail renkei@kure-nh.go.jp

地域医療研修センター研修会・勉強会のご案内

別紙一覧表をご覧ください。

内科オープンカンファレンス

日時 平成23年**8月25日(木)** 19:00～

場所 呉医療センター外来管理棟4階 地域医療研修センター1・2

医長講義 「血算の読み方・考え方」

血液腫瘍内科医長 新美 寛正

症例1 「意識障害の鑑別」

神経内科医師 篠崎ゆかり

症例2 「重症気管支喘息の一例」

呼吸器科医師 吉田 敬

ご予約に際して

当院診療科の医師が事前に患者さんの情報を把握し円滑な診療をさせて頂くために、ご予約をお取りになられる際は、「診療申込書」と共に「診療情報提供書（紹介状）」も一緒に付けてFAXで予約頂くようお願い申し上げます。

平成23年9月からは新しい「診療申込書」（別紙）に変わりますのでお知らせします。ホームページの地域医療連携室診療申し込みに添付しますのでご利用・活用ください。

救急外来へのご紹介について

救急車で搬送する患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お伺いさせていただきますので、「救急外来受付」まで電話でご連絡いただきますようお願い申し上げます。

平日昼間 8：30～17：15 ☎0823-22-3111
土・日および夜間 17：15～8：30 ☎0823-23-1020

採用医師のご紹介

平成23年7月1日に採用となりました医師をご紹介します。専門領域等ご参考にしていただければ幸いです。宜しくお願い致します。



石田 由美
(いしだ ゆみ)

役職	眼科 医師
専門	日本眼科学会専門医
趣味	なし
ご挨拶	呉地域の医療発展のために尽力します。



大盛 航
(おおもり わたる)

役職	精神科 専修医
専門	精神科一般
趣味	ドライブ、旅行、音楽鑑賞
ご挨拶	生まれ育った呉で働ける事を光栄に思います。皆様、宜しく申し上げます。



渡部 泰輔
(わたなべ たいすけ)

役職	耳鼻咽喉科 専修医
専門	耳鼻咽喉科
趣味	自転車、映画鑑賞、写真
ご挨拶	初期研修が終わったばかりでご迷惑をおかけする事も多々あると思いますが、1日も早く生まれ育った呉に恩返しができるよう努力致しますのでよろしくお願い致します。

平成23年6月30日退職医師一覧

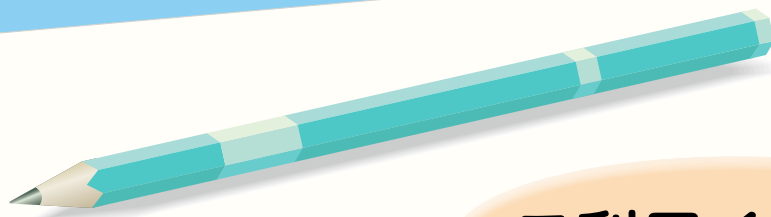
遠藤 俊治 (外科医長)

三ヶ尻健一 (眼科医師)

岩本 崇志 (精神科医師)

平成23年7月より医師の氏名変更

放射線科医師 竹内 直子 → 秋山 直子



ご利用ください

フットケア外来

平成23年7月より
フットケア外来を始めました。

糖尿病患者さんの合併症のひとつである足の病変について専門的な指導を行い、継続的に足の観察、指導を行うことで足の病変の重症化を予防することが目的です。

当院糖尿病内科担当医に継続して治療を受けている人が対象です。
是非ご紹介下さい。



9月から使用して頂く新しい診療予約申込書

診療予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中 平成 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023
 広島県呉市青山町3番1号
 TEL 0823-22-3816 [直通]
 FAX 0823-22-3175 [直通]

名称
 医師氏名
 TEL - -
 FAX - -

患者情報	フリガナ										
	氏名	様									
	国立病院呉医療センター 診察券番号										-
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日						男・女			
	郵便番号	〒 -									
	現住所										
電話											

★当院診察券をお持ちの方
 ★当院への受診歴のある方
 につきましては
 ◎「氏名」
 ◎「生年月日」
 ◎「診察券番号」
 (診察券は受診当日持参下さい)
 のみの記入で結構です

希望診療科	一般内科	腎臓内科	内分泌/代謝内科	糖尿病/腫瘍内科	血液内科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	内分泌/乳腺外科	整形外科	形成外科
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	歯科/口腔外科	麻酔科 (インクリニック)	病理外来	
希望医師名	[] 医師 ・ 指定なし														

診療情報提供内容 *は必ずご記入下さい

紹介目的、検査結果等は診療情報提供書にご記載いただき、FAXをお願いいたします

*傷病名・症状

*保険証発行機関 (該当発行機関を左枠に○で明示してください)

<input type="checkbox"/>	国保
<input type="checkbox"/>	社保
<input type="checkbox"/>	共済

希望日時

①	月	日	AM・PM (時)
②	月	日	AM・PM (時)
③	月	日	AM・PM (時)

決定日時

月	日	AM・PM (時)
---	---	------------

★ 救急患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お伺いさせて戴きます。『救急外来受付』まで

電話連絡お願い申し上げます。 救急外来受付 時間内 (0823) 22-3111 夜間・休日 (0823) 23-1020