

岩手県立遠野病院 外来担当表

(令和1年5月1日現在)

診 療 科	午 前 の 診 察					午 後 の 診 察	備 考
	月	火	水	木	金		
内 科	長久保 宇有 (予約のみ)	星 晴久	黒澤 照男	長久保 宇有 (予約のみ)	長久保 宇有	長久保 宇有 (予約のみ) 水(13時30分～16時)	
		菅原 隆 (第2・4週)		岩淵 貴之			
	大野 和範	大野 和範	大野 和範(隔週) 小原 聡将(隔週)	大野 和範	大野 和範		
	熊坂 幸絵	熊坂 幸絵 (第1・3・5週)	熊坂 幸絵	熊坂 幸絵	熊坂 幸絵		
(禁煙外来)						大野 和範 金(14時～15時)	完全予約制(予約は内科外来に) 14時から診療
小 児 科	福田 邦夫	福田 邦夫	福田 邦夫	福田 邦夫	福田 邦夫 第4応援医師	応援医師 15時～16時	
外 科	菅野 衛	菅野 衛	菅野 衛	菅野 衛	菅野 衛		
	郷右近 祐司	東北大学 応援医師 (10:30～)	郷右近 祐司 東北大学応援医師	郷右近 祐司 東北大学応援医師	郷右近 祐司		
整 形 外 科	菅原 卓	菅原 卓	菅原 卓	菅原 卓 第1・3・5応援医師	菅原 卓	予約患者のみ (毎週水曜日午後休診)	※予約外の受付は10時30分まで。 午前の診察は、予約患者を含めて1日50名 までの受付。
耳 鼻 咽 喉 科	本庄 政美	応援医師	本庄 政美	応援医師	本庄 政美	月(14時～16時)	6月末まで学校検診のため月曜日午後休診。 ※火曜日のみ受付10時30分まで。
循 環 器 内 科	高橋 完	高橋 完 岩手医大応援医師	高橋 完		高橋 完		※水曜日はペースメーカー外来のみ。 毎週月・火・金曜日9時より診察。

★午後の外来は、病棟回診・手術・予約診察・検査等の為、小児科・耳鼻咽喉科以外は、急患のみの診察となります。★

【診療応援】

診 療 科	月	火	水	木	金	備 考
脳 神 経 外 科		○	第2・3			第1火曜日9時、毎週火曜14時(受付は16時まで)、 第2水曜日10時、第3水曜日9時より診察 【応援医師】 県立二戸病院、岩手医大、県立中央病院、つなぎ温泉病院
皮 膚 科					○	毎週金曜日 9時より診察 【応援医師】 岩手医大
泌 尿 器 科				○	月2回	毎週木曜日、金曜日(月2回不定期) 9時より診察 【応援医師】 岩手医大、県立中部病院 他
眼 科			○	○	○	毎週水・木・金曜日 9時30分より診察 【応援医師】 岩手医大 他
婦 人 科		○				毎週火曜日 14時より診察 受付は14時30分まで 【応援医師】 岩手医大 他
消 化 器 内 科				○	第3	紹介・予約患者のみ 予約制(お問い合わせは月曜日、第1・2・3水 曜日、第1・2・4金曜日の14時以降にお願いします。) 【応援医師】 県立中央病院、紫波地域診療センター 他
脳 神 経 内 科				第3		紹介・予約患者のみ 10時30分より診察 【応援医師】 県立中央病院
腎 外 来				第2・4		紹介・予約患者のみ 11時30分より診察 【応援医師】 県立中央病院
血 液 外 来			第2・4			紹介・予約患者のみ 13時より診察 【応援医師】 県立中央病院

- ★受付開始時間は、初診8時30分、再診7時30分から11時までとなります。
- ★診療開始時間は、医師の都合により変更となる場合がございます。ご了承ください。
- ★遠野病院HP(<http://www.tono-hospital.com>)でも診療日等をお知らせしております。
- ★救急患者については、随時受付しておりますので、お問い合わせ願います。

岩手県立遠野病院 〒028-0541 岩手県遠野市松崎町白岩14地割74番地
TEL 0198-62-2222 FAX 0198-62-0113

発行 第5号

発行日 令和元年 5月10日

岩手県立遠野病院

地域医療福祉連携室だより

地域医療福祉連携委員長 挨拶
院長 郷右近 祐司



いつもお世話になっております。地域医療福祉連携室長を兼ねております、院長の郷右近でございます。当院に院長として赴任し、早いものでもう丸三年が過ぎました。

当院は、「私たちは地域のニーズに応え、安心・安全で質の高い医療を届けられるよう努力し、優しく患者さんに寄り添い、笑顔のある病院にします。」を基本理念に掲げ、遠野地域における唯一の総合病院として、救急医療から在宅医療まで、地域の特性に対応した総合的な医療機能を担っています。

遠野市の65歳以上の高齢化率は、昨年の10月1日現在で39.45%となっており、県全体の高齢化率32.34%と比較し、約7%も高くなっています。そのような中で、救急患者などの病院での診療のみならず、訪問診療や訪問看護などの在宅医療にも力を入れており、訪問診療に関しては、内科及び外科系の医師が協力しながら対応しています。また、平成31年1月に「地域包括ケア病床」を16床導入し、在宅医療と併せて、遠野地域における地域包括ケアシステムの一翼を担うべく頑張っているところです。

当院の地域医療福祉連携室については、昨年10月から専従の事務職員を配置し、退院調整看護師2名、医療社会事業士1名及び事務職員1名の実働計4名体制で連携業務にあたっております。当院の患者紹介・逆紹介に関する実績は、他の県立病院等と比べてもまだまだ低い状況です。今後は、病診・病病に係る連携はもとより、介護・福祉関係施設等とも更なる連携強化を図っていきたいと考えておりますので、引き続きご指導とご協力をお願いいたします。

遠野病院基本理念

私たちは地域のニーズに応え、安心・安全で質の高い医療を届けられるよう努力し、優しく患者さんに寄り添い、笑顔のある病院にします。

運営方針

私たち遠野病院職員は、H3Aの意識をもって、地域医療のために一歩踏み出します。



＜行動目標＞

- | | | |
|-----------------|-------|-------------------------|
| H heart warming | 心をこめて | 笑顔と敬意をもって診療に従事します |
| A aggressive | 積極的に | 地域の救急医療を担います |
| A active | 活動的に | 地域の医療介護福祉連携を中心になって推進します |
| A academic | 学究的に | 知識技術の習得のための自己研鑽に努めます |
| | | 明日の医療人を育てます |

地域医療福祉連携委員会メンバー

地域医療福祉連携室
事務担当 あいさつ

今年4月より地域医療福祉連携室事務を担当することとなりました工藤彩香と申します。人事異動を経て、今年度より遠野病院勤務となりました。

地域医療福祉連携室にて事務職員は主に前方連携について担当しており、貴施設の皆様から患者さんの紹介FAXをいただきましたら、速やかにお返事できるよう務めてまいります。また、この地域医療福祉連携室だよりについて、今年度より定期的な発行（年4回）を目指し、皆様に当院の様々な情報について発信していく予定です。

今年度より初めて地域医療福祉連携室の担当となり、私自身知識や経験が不足しているため、皆様には大変ご迷惑をかけておりますが、地域医療福祉連携室職員、委員会メンバーの協力のもと地域連携の推進に尽力していきますので、今後ともよろしくお願いいたします。

県立遠野病院
紹介患者用診療申込書

(2019.5)

令和 年 月 日 送信

※ 直接担当医師へご連絡したいときは、下記ダイヤルインの番号から、
医師のPHSへご連絡をくださいますようお願いいたします。
(平日8:30～17:15の間。その他の時間は病院代表電話へご連絡ください。)

TEL 0198-62-2222 (病院代表) 0198-62-5556 (ダイヤルイン)
FAX 0198-62-0113

受診希望日		なし・あり		令和 年 月 日 () 希望	
※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 済・未					
希望受診科に○印をつけてください。 医師の指定がある場合は医師名に○印をつけてください。 その他の場合は科名をお書きください。	科 名	医師名・内線	科 名	医師名・内線	
	内 科	長 久 保 (774)	小 児 科	福 田 (762)	
		大 野 (775)	耳 鼻 咽 喉 科	本 庄 (771)	
	外 科	熊 坂 (786)	整 形 外 科	菅 原 (779)	
郷 右 近 (801)		循 環 器 内 科	高 橋 (768)		
	菅 野 (773)	そ の 他 ()			

フ リ ガ ナ					性 別	男 ・ 女	
患 者 氏 名							
住 所	※カルテの表紙等、住所のわかる書類もFAXいただく場合は、記載の省略可。						
電 話 番 号	()				携 帯		
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)						
紹 介 目 的	☐ 精査目的 ☐ 外来通院 ☐ 入院加療 ☐ 手術 ☐ その他						
来 院 方 法 (当日受診、転院の場合)	☐ 救急車 ☐ 自家用車 ☐ 介護車(ストレッチャー・車いす) ☐ その他						
患 者 情 報 ※入院加療の場合は必ず記入して下さい	A D L	☐ 自立(徘徊 無 ・ 有) ☐ 要介助(杖歩行・車椅子) ☐ 寝たきり (エアーマットの必要性 無 ・ 有)					
	排 泄	☐ 自立 ☐ オムツ ☐ ポータブル ☐ その他 ()					
	危 険 行 動	☐ 無し ☐ 有り ()					
	褥 瘡	☐ 無し ☐ 有り	認 知 症	☐ 無し ☐ 有り			
	酸 素 投 与	☐ 無し ☐ 有り	吸 引	☐ 無し ☐ 有り			
	食 事 内 容						
	在 宅 訪 問 診 療	☐ 無し ☐ 有り	実施医療機関名	()			
ドクターコメント (診療情報提供書を同時にお送りいただく場合は、記載の省略可。)							

紹 介 元 医 療 機 関 名 住 所		
医 師 名		
電 話 番 号	()	F A X ()

〔保険情報〕 保険証又は貴院のカルテの表紙のコピーと一緒にFAXをお願いします。