

# 岩手県立遠野病院 外来担当表

(令和1年12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<br>(予約のみ)         | 星 晴久               | 黒澤 照男                  | 長久保 宇有<br>(予約のみ)   | 長久保 宇有             | 長久保 宇有<br>(予約のみ)<br><br>水(13時30分～16時) |                                                                |
|           |                          | 菅原 隆<br>(第2・4週)    |                        | 岩淵 貴之              |                    |                                       |                                                                |
|           | 大野 和範                    | 大野 和範              | 大野 和範(隔週)<br>小原 聡将(隔週) | 大野 和範              | 大野 和範              |                                       |                                                                |
|           | 熊坂 幸絵                    | 熊坂 幸絵<br>(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<br>金(14時～15時)                   | 完全予約制(予約は内科外来に)<br>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<br>第4応援医師    | 応援医師<br>15時～16時                       |                                                                |
| 外 科       | 郷右近 祐司<br>大迫地域診療センター応援医師 | 郷右近 祐司<br>東北大学応援医師 | 郷右近 祐司<br>東北大学応援医師     | 郷右近 祐司<br>東北大学応援医師 | 郷右近 祐司<br>東北大学応援医師 |                                       |                                                                |
| 整 形 外 科   | 菅原 卓                     | 菅原 卓               | 菅原 卓                   | 菅原 卓<br>第1・3・5応援医師 | 菅原 卓               | 予約患者のみ<br>(毎週水曜日午後休診)                 | ※予約外の受付は10時30分まで。<br>午前の診察は、予約患者を含めて1日50名<br>までの受付。※毎月第4水曜日休診。 |
| 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)<br>水(13時30分～16時)           | ※火曜日のみ受付10時30分まで。<br>※第1・3火曜日休診                                |
| 循 環 器 内 科 | 高橋 完                     | 高橋 完<br>釜石病院応援医師   | 高橋 完                   |                    | 高橋 完               |                                       | ※水曜日はペースメーカー外来のみ。<br>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)、<br>第2水曜日10時、第3水曜日9時より診察<br>【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<br>【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<br>【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<br>【応援医師】 岩手医大 他                                                      |
| 婦 人 科     |   | ○ | 第3   |      |     | 毎週火曜日 14時より診察 受付は14時30分まで<br>※12月18日(水)より毎月第3水曜日午後の診察を開始<br>【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。)<br>【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<br>【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<br>【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<br>【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

発刊 第7号

発行日 令和元年 12月5日

岩手県立遠野病院

地域医療福祉連携室だより



災害に強い病院に



新元号の令和になってまだ半年余りではありますが、もう元年の年の瀬を迎えようとしています。今年は皆様にとってどんな年だったでしょうか。今年は、なんといってもラグビーワールドカップ™が日本で開催され、日本全体が大きく盛り上がりを見せたことではないでしょうか。このなか、釜石市の釜石鶴住居復興スタジアムでも2試合が予定されていましたが、残念ながら2試合目は台風19号の影響で中止となってしまったことは、記憶に新しいところです。

当院では、平時は勿論ですが災害等の非常時にも医療を提供する使命があることから、非常時にどう備えるか考え、今年、当院では初めてとなる「防災訓練」と「トリアージ訓練」を院内で行いました。

「防災訓練」では、県内陸部を震源とするマグニチュード7.0、震度5強の地震発生を想定して、発災後の対策本部設置から患者、職員の安全確保や被害状況の把握に係る情報伝達を行いました。また、「トリアージ訓練」では、病院近隣でのバス横転事故を想定して、様々な症状を割り当てた20人の仮想患者のトリアージを行い、トリアージタグに記入した後に区分ごとに設定したエリアへの誘導を行いました。どちらの訓練にしても参加した職員は、平時と異なる状況に戸惑いを見せていましたが、貴重な経験になったとのことです。

災害はいつ、どこでおきるか分かりませんが、今年のラグビー日本代表が見せてくれた「ONE TEAM」の精神で職員一丸となって有事に備えていきたいと思ひます。

【医事経営課長 吉田 晃貴】

## 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             |

# 令和元年度 岩手県立遠野病院 地域懇談会開催結果

平成29年度より、地域住民から遠野病院に対する意見や要望を聴取し、今後の事業運営に反映することを主な目的とし、併せて、診療体制等に係る病院からの情報発信を行うとともに、疾病や健康に関する講演や血圧測定等を行うことにより、地域住民の健康増進に寄与することを目的とした地域懇談会を開催しております。当懇談会は遠野市との共催です。

令和元年度は5月から10月にかけて、隔週火曜日18時30分から、遠野市内各地区センターの会場をお借りし全11地区にて開催させていただき、全体を通して93名の方々にご参加いただきました。

懇談会の内容は①骨密度測定、血圧測定、手指消毒の体験コーナー、②健康講演会（2題）、③遠野病院への質問、意見及び要望を受けるための意見交換会となっております。体験コーナーでは骨密度測定が参加者から人気を博していました。



健康講演会は郷右近院長より年間を通して「ACPIについて」講演いただき、もう1題はコメディカルよりそれぞれの専門分野について講演いただきました。



意見交換会では、参加者の方から当院に対する様々なご意見をいただき、市民の方々の生の声を聞くことができる非常に充実した時間を過ごすことができました。参加者からのアンケート結果では「病院がどう考えているか知ることができて良い機会でした。」「これからも行ってほしい。」といった感想をいただき、懇談会を開催する励みになりました。来年度以降も引き続き地域懇談会を続けていく予定ですので、皆さんご参加のほどよろしくお願いいたします。

【地域医療福祉連携室 主事 工藤 彩香】

## 県立遠野病院 紹介患者用診療申込書

(2019.10)

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。<br>医師の指定がある場合は医師名に○印をつけてください。<br>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) | 耳 鼻 咽 喉 科 | 本 庄 (771) |
|                                                                       |             | 大 野 (775)   | 整 形 外 科   | 菅 原 (779) |
|                                                                       | 熊 坂 (786)   | 循 環 器 内 科   | 高 橋 (768) |           |
| 外 科                                                                   | 郷 右 近 (801) | そ の 他 ( )   |           |           |
| 小 児 科                                                                 | 福 田 (762)   |             |           |           |

|                               |                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |         |                                                         |       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------|-------|
| 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                       | <input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 |                                                                                                                          |         |                                                         |       |
| 来 院 方 法<br>(当日受診、転院の場合)       | <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車(ストレッチャー・車いす)<br><input type="checkbox"/> その他               |                                                                                                                          |         |                                                         |       |
| 患 者 情 報<br>※入院加療の場合は必ず記入して下さい | A D L                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自立(徘徊 無 ・ 有 ) <input type="checkbox"/> 要介助(杖歩行・車椅子)                                             |         |                                                         |       |
|                               |                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 寝たきり ( エアーマットの必要性 無 ・ 有 )                                                                       |         |                                                         |       |
|                               | 排 泄                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |                                                         |       |
|                               | 危 険 行 動                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )                                                              |         |                                                         |       |
|                               | 褥 瘡                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り                                                                  | 認 知 症   | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |       |
|                               | 酸 素 投 与                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り                                                                  | 吸 引     | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |       |
|                               | 食 事 内 容                                                                                                                                            |                                                                                                                          |         |                                                         |       |
|                               | 在 宅 訪 問 診 療                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り                                                                  | 実施医療機関名 | ( )                                                     |       |
| 備 考 欄                         |                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |         |                                                         |       |

|                           |     |     |     |  |  |
|---------------------------|-----|-----|-----|--|--|
| 紹 介 元<br>医 療 機 関 名<br>住 所 |     |     |     |  |  |
| 医 師 名                     |     |     |     |  |  |
| 電 話 番 号                   | ( ) | FAX | ( ) |  |  |

※診療情報提供書、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。