医療連携登録医制度

共同診療・医療機器・施設等の
共同利用の手引き

公立置賜総合病院

目　　次

第１　医療連携機関による施設・医療機器等の共同利用について

１　目的

２　登録医制度の内容

３　登録医制度の利用に関する留意事項

第２　医療機関、医師等の登録について

１　事前登録

２　登録医制度の手続き

３　医療連携登録証の交付並びに医療連携登録医制度登載通知書の送付

４　登録内容の変更

５　登録期間

６　医療情報の共有化

第３　紹介入院患者の共同診療について

１　共同診療の目的

２　共同診療の実施手順

３　共同診療のための病床の確保

第４　医療機器の共同利用について

１　医療機器共同利用の目的

２　医療機器共同利用の対象機器

３　医療機器共同利用の実施手順

第５　研修参等の共同利用について

１　研修会共同利用の目的

２　対象研修会等

３　研修会参加の手続き

第６　その他

（様式１）医療連携登録医制度（登録・変更）申請書

（様式２）医療連携登録証

（様式３）医療連携登録医制度登載通知書

（様式４）医療連携登録医証

（様式５）入院患者共同診療申込書

（様式６）医療機器共同利用申込書

（様式７）入院患者共同診療・医療機器共同利用実施記録書

第１　医療連携機関による施設・医療機器等の共同利用について

１　目的

公立置賜総合病院が、地域住民へ質の高い医療サービスを提供するため置賜地域の医療機関等との病診連携並びに病病連携を図り、置賜地域の医師、歯科医師、看護師その他医療従事者の相互研鑽及び情報の共有を図ることを目的とします。

２　登録医制度の内容

３つの類型の共同利用により運営します。

⑴紹介入院患者の共同診療（病床等共同利用）

⑵医療機器の共同利用（MRI、CT、RI 機器等共同利用）

⑶研究及び研修会等の共同利用（図書施設、各種研修会共同利用）

３　登録医制度の利用に関する留意事項

⑴紹介患者の共同診療及び医療機器の共同利用（以下「共同診療・医療機器共同利用」という。）にあっては、**「医療連携登録医登録（変更）申請書」（様式１）**を提出いただきます。

⑵共同診療及び医療機器共同利用にあたって、医療連携・相談室に別紙の利用申込書をご提出ください。共同診察日、共同検査日等を事前調整のうえご連絡いたします。共同診療・医療機器共同利用の当日は、医療連携・相談室で受付の手続きをしてください。受付後に、登録医証をお渡しし、病棟または放射線科へご案内いたします。

⑶院内では「白衣」及び**「医療連携登録医制度登録医証」（様式４）**を必ず着用して下さい。

⑷病院内の諸規則を遵守していただきます。

⑸共同診療・医療機器共同利用にあたって、諸費用等が発生し患者へ負担を求めることができない場合は、別途、協議させていただきます。

（事例 DPC 病院入院中患者に係る検査紹介）

⑹登録医が行う共同診療、共同検査等に対する報酬や旅費等の支給はいたしません。

第２　医療機関、医師等の登録について

１　事前登録

共同診療・医療機器、研究・研修会等の共同利用の共同利用に際しては、事前に登録を行っていただきます。

２　登録医制度の手続き

共同診療・医療機器共同利用のための事前登録は**「医療連携登録医登録（変更）申請書」**により医療機関単位で登録の申請をして下さい。なお、共同利用される医師が複数の場合は、すべての医師名を記載ください。

３　医療連携登録証の交付並びに医療連携登録医制度登載通知書の送付

「共同利用制度登録機関名簿」に登録医として登録された後、医療連携登録医療機関に対して**「公立置賜総合病院医療連携登録証」（様式２）と、「医療連携登録医制度登載通知書」（様式３）**をお届けいたします。

４　登録内容の変更

登録内容に変更があった場合は**「医療連携登録医登録（変更）申請書」**に訂正事項を記入のうえ、提出ください。

５　登録期間

以下の場合、登録を辞退させていただきます。

⑴登録医が保険医でなくなった場合

⑵登録医制度の継続がしがたい事由が生じた場合

６　医療情報の共有化

置賜地域医療情報ネットワーク(OKI-net)を利用して、登録医は当院へ紹介した患者に関する医療情報を共有することができます。

(別冊　置賜地域医療情報ネットワークシステムを参照ください。)

第３　紹介入院患者の共同診療について

１　共同診療の目的

医療連携登録医制度に登録された医療機関から紹介され入院した患者の診療について、かかりつけ医である登録医と総合病院主治医が共同して、当該患者の検査、処置、指導を行うことにより、退院後のかかりつけ医への円滑な診療につなげることを目的とします。

２　共同診療の実施手順

⑴紹介患者の入院

紹介患者の入院については、当院の主治医の判断に依ります。共同診療については、入院後となります。

⑵共同診療の手続き

「入院患者共同診療申込書」（様式５）を提出ください。医療連携・相談室にて申込を受付し、院内調整をいたします。調整後に登録医へご連絡させていただきます。

⑶共同診療の時間

原則として、祝日、休日を除く月曜日から金曜日の 8 時 30 分から 17 時 15 分の中で事前調整をさせていただきます。

（上記の時間以外であっても、可能な限り調整に努めさせていただきますので、医療連携・相談室までお申し込みください。）

⑷共同診療の実施

①共同診療については、原則、当院の主治医と共に行っていただきます。

※主治医が同行できない場合は、担当者が同行いたします。

②共同診療の患者について、当院院内において電子カルテの閲覧が可能です。

電子カルテの操作は、医療クラークが対応いたします。

③共同診療の当日は、医療連携・相談室で受付手続きの後、白衣・登録医証を着用し、入院病棟で共同診療を行います。なお、登録医証は、退出時に医療連携・相談室又は病棟に返却ください。

④共同診療後に**「入院患者共同診療・医療機器共同利用実施記録書」（様式７）**に記載のうえ、ご提出ください。

３　共同診療のための病床の確保

医療連携登録医療機関からの紹介入院患者の共同診療施設として、総合病院内病棟に専用病床４床（内科系２床、外科系２床）を確保します。

ただし、患者の病態に応じ、該当診療の主たる病棟で対応する場合があります。

第４　医療機器の共同利用について

１　医療機器共同利用の目的

医療連携登録医療機関から検査目的で紹介された患者の検査について、かかりつけ医である登録医と総合病院医師が総合病院の医療機器を共同利用することにより、検査後のかかりつけ医の円滑な診療につなげることを目的とします。

２　医療機器共同利用の対象機器

⑴磁気共鳴断層撮影装置（MRI）
⑵コンピュータ断層撮影装置（CT）
⑶ラジオアイソトープ検査装置（RI）
⑷その他病院長が認めた医療機器

３　医療機器共同利用の実施手順

⑴医療機器共同利用の手続き

①当院の担当医（放射線科）に検査から読影・診断を依頼される場合は、従来通り、患者紹介状（診療情報提供書）に検査項目を記入して送付ください。

②登録医が当院担当医師と共同で検査を希望される場合は、**「医療機器共同利用申込書」（様式６）**を提出ください。

医療連携・相談室にて申込を受付し、院内調整をいたします。調整後に登録医へご連絡させていただきます。

⑵医療機器共同利用の時間

原則として、祝日、休日を除く月曜日から金曜日の 8 時 30 分から 17 時 15 分の中で事前調整をさせていただきます。

（上記の時間以外であっても、可能な限り調整に努めさせていただきますので医療連携・相談室までお申し込みください。）

⑶ 医療機器共同利用の方法

①当院の放射線科医師に、検査から読影・診断までお任せいただく場合は、従来と同じ要領で、特に変更はありません。

②共同で行う検査については、当院担当医が責任者となります。

原則として、検査を行う際の経費等(造影剤などの材料費等)は、総合病院の負担とし、また、医療機器の使用に係る使用料を登録医療機関に対して請求はいたしません。ただし、共同診療・医療機器共同利用にあたって諸費用等が発生し、患者へ負担を求めることができない場合は、別途、協議させていただきます。
（事例 DPC 病院入院中患者に係る検査紹介）

③共同で検査を行う当日は、医療連携・相談室で受付手続きの後、白衣・登録医証を着用し、放射線科で検査を行います。
なお、登録医証は、退出時に医療連携・相談室又は病棟に返却ください。

④検査終了後の検査結果レポートは、OKI-net で閲覧が可能です。

⑤共同診療後に**「入院患者共同診療・医療機器共同利用実施記録書」（様式７）**に記載のうえ、ご提出ください。

第５　研修会等の共同利用について

１　研修会共同利用の目的

医療連携登録医療機関の医療従事者へ総合病院が開催する研究会及び研修会並びに総合病院施設を広く開放し、資質向上を図るとともに相互研鑽を行うことを目的とします。

２　対象研修会等

原則として、総合病院で実施する医療従事者を対象とするすべての研修会、研究会について、置賜地域の各医師会、医療機関等へ随時お知らせいたします。

３　研修会参加の手続き

共同診療、医療機器の共同利用制度の登録医療機関に限らず、参加が可能です。ご案内するそれぞれの研修会・研究会等開催要領に基づき、必要な手続きをお願いします。

第６　その他

１　共同診療及び医療機器並びに施設等の共同利用制度を運用にあたって、要綱に定める以外の経費等が発生する場合は、登録医療機関と随時、協議し決定させていただきます。

２　年１回の医療連携登録医総会を行います。

（様式１）　　公立置賜総合病院

医療連携登録医制度(登録・変更)申請書

令和　　年　　月　　日

公立置賜総合病院医療連携登録医制度運営要綱の規定に基づき、（登録・変更）を申請します。

登録する医療機関	所　在　地	〒　　－
	名　　称	
	代表者氏名	印
	電 話 番 号	（　　）
	ＦＡＸ 番 号	（　　）
登録する共同利用制度の類型		①　紹介入院患者の共同診療 ②　医療機器の共同利用（MRI、CT、RI 機器等共同利用） ③　研究及び研修部門利用
共同診療・医療機器を共同利用する登録医の氏名及び診療科名		1　（診療科名　　）
		2　（診療科名　　）
		3　（診療科名　　）
		4　（診療科名　　）

	1	2	3	4
登録医の写真				
登録 No.				

※留意事項

1　登録される登録医が複数の場合は、すべての登録医名を記載ください。

2　特別の事情がない限り、次年度以降も更新させていただきます。

（様式２）　Ｂ４縦額 364ｍｍ×257ｍｍを使用する

公立置賜総合病院

医療連携登録証

公立置賜総合病院と共同診療、医療機器共同利用及び研究･研修部門利用を推進する医療連携登録医療機関として、名簿に登載したことを証します。

記

１　登　録　番　号

２　登録医療機関名

令和　　年　月　日

公立置賜総合病院長

（様式３）

令和　　年　　月　　日

様

公立置賜総合病院
院長

医療連携登録医制度登載通知書

令和　　年　　月　　日付けで申請ありました、みだしの登録について、下記のとおり、医療連携登録医制度名簿に登載したので通知します。

記

１　登 録 医 番 号　　№

２　登録医療機関名

３　登録医名及び登録診療科名

	登　録　医　名	登 録 診 療 科 名
1		
2		
3		
4		

※ 特別な事情が無い限り、次年度以降においても更新となります。

（様式４）

医療連携登録医制度

登 録 医 証

写

真

登 録 医 番 号　　1

登録医療機関名

○ ○　医 院

登録医名　医師（歯科医師）　置 腸 太 郎

公 立 置 腸 総 合 病 院

上記の登録医証を発行し、名札として用意（使用）いたします。
公立置腸総合病院内では、必ず白衣の胸に着用してください。

（様式５）　　医療連携登録医制度

入院患者共同診療申込書

公立置賜総合病院　医療連携・相談室　宛　　FAX　0238（46）5721

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登 録 医 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Fax.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、入院患者の共同診療を申し込みます。

患 者 名 1	フリガナ	診 療 科 名	性 別
			男 女
生 年 月 日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）		
共 同 診 療 第 1 希 望 日	年　　月　　日　午前　　～ 午後　　～		
共 同 診 療 第 2 希 望 日	年　　月　　日　午前　　～ 午後　　～		

患 者 名 2	フリガナ	診 療 科 名	性 別
			男 女
生 年 月 日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）		
共 同 診 療 第 1 希 望 日	年　　月　　日　午前　　～ 午後　　～		
共 同 診 療 第 2 希 望 日	年　　月　　日　午前　　～ 午後　　～		

（様式６）　　医療連携登録医制度

医療機器共同利用申込書

公立置賜総合病院　医療連携・相談室　宛　　FAX　0238（46）5721

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登 録 医 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Tel ．＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Fax ．＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、貴院の医療機器の共同利用を申し込みます。

フ リ ガナ 患　者　氏　名		性　　別 男　・　女
生　年　月　日	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）	
住　　所		
依　頼　内　容	1　利用機器 □ MRI　□ CT　□ RI　□その他 2　病状 3　当院受診歴　　有　・　無	
そ　の　他		

（様式７）　　医療連携登録医制度

入院患者共同診療・医療機器共同利用実施記録書

<table>
<tr><td>※診　療　日　時</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日(　　) 午前・午後　　時　　分頃から</td></tr>
<tr><td>※登 録 医 番 号</td><td colspan="4">No.</td></tr>
<tr><td>※登録医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>※登　録　医　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">患　者　情　報</td><td>患 者 氏 名</td><td>生 年 月 日</td><td>患 者 ＩＤ</td><td>診 療 科 名</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>科</td></tr>
<tr><td>院内担当医師名</td><td>病　棟　名</td><td>病 室 番 号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>診　療　内　容</td><td colspan="4">（登録医の先生はこの欄のみご記入ください。）

サイン：</td></tr>
<tr><td>特　記　事　項</td><td colspan="4">（伝達事項等ございましたらご記入ください。）</td></tr>
</table>

※欄は、あらかじめ総合病院で記入します。