

国立病院機構千葉医療センター セミオープンシステムご利用の手引き

平成20年4月1日改訂版

社団法人 千 葉 市 医 師 会

独立行政法人

国立病院機構 千葉医療センター

ま え が き

千葉市医師会長 伯野 中彦

病診連携という言葉が近年、重要視されてきました。厚生労働省は医療費抑制のため、効率の良い医療提供体制を構築しようと、病院と診療所の機能を十分に発揮できるように機能分担を勧めています。病院は多くの専門医を抱えており、又、高度な医療機器も備えております。一方、診療所は主として1次診療を行っており、手に負えない2次・3次患者を病院に送っています。しかし、一貫性のある医療を行いたい医師に対して、国立病院機構千葉医療センターは自分の患者を病院の医師と共同で診ることができるセミオープン
の形で、門戸を開いています。

この度、＜セミオープンの手引き＞の改訂版を作成されました。これまでより、使い勝手が良くなっており、是非、医師会員の先生方にご利用をお願いしたいと思います。

国立病院機構千葉医療センター セミオープンシステムご利用の手引き

昭和62年10月に作成されたオープン病床ご利用の手引きに記載された内容が、現状に沿わない部分がありますので、千葉市医師会オープンシステム規約および国立病院機構千葉医療センター実施要綱に基づき、手引きの内容を改訂いたしましたのでご利用ください。

一 登 録 一

- (1) 国立病院機構千葉医療センターを利用するためには、千葉市医師会長に登録医届(別紙様式)を提出し、推薦を受け登録医として登録をしてください。
- (2) 登録医は病院の組織には属しませんが、担当診療科医長又は主治医の了解のもとに、院外主治医として診療に参加することができます。
- (3) 実施要綱をご理解いただき、セミオープンシステムを積極にご利用ください。

一 入院依頼 一

- (1) 入院を依頼するときは、事前に入院希望日をお知らせください。併せて、傷病名及び症状経過等を記載した所定の紹介状又は診療情報提供書をFAX又は郵送してください。ご希望に添えるか確認ご連絡いたします。

連絡及び送付先：地域医療連携室直通 TEL/FAX 251-5320 又は、病院代表 TEL 251-5311 FAX 255-1675 (平日・月曜から金曜日の午前8時30分から午後5時00分(年末年始・祝日を除く))
--

※入院が緊急を要する場合には、直接担当診療科医長にご相談ください。

- (2) オープン病床は、原則として全科で可能です。
- (3) 入院の依頼手順は別紙1を参照してください。

一 訪 院 一

- (1) 訪問に際しあらかじめFAXまたは電話にて、担当診療科医長又は主治医若しくは病棟看護師長に連絡をお願いいたします。

連絡及び送付先：地域医療連携室直通 TEL/FAX 251-5320 又は、病院代表 TEL 251-5311 FAX 255-1675 (平日・月曜から金曜日の午前8時30分から午後5時00分(年末年始・祝日を除く))
--

- (2) 来院の際には、外来棟3階(医局)にて、備え付けの記録簿に必要事項の記入をお願いします。また、院内では、必ず所定の名札を着用し、法人及び病院が定める諸規程、規則等を遵守し、患者の診察・検査・治療記録の閲覧等をしてください。
- (3) 担当診療科医長または主治医は可能な限り来棟し、意見交換に努めます。
- (4) 登録医の訪問時間は原則として、土・日曜日、祝日を除く午前8時30分から午後7時までとさせていただきますが、上記の時間以外を希望する場合は、あらかじめ担当診療科医長または主治医にご相談ください。
- (5) 訪院の手順は別紙2を参照してください。

－ 外来受診及び検査予約 －

- (1) 外来受診及び予約可能な検査は、別紙「外来担当医表」及び「検査一覧」をご参照ください。
- (2) 受診・検査等の予約は、電話又はFAXにより行ってください。

連絡及び送付先：**地域医療連携室直通 TEL/FAX 251-5320**

又は、病院代表 TEL 251-5311 FAX 255-1675

(平日・月曜から金曜日の午前8時30分から午後5時00分(年末年始・祝日を除く))

- (3) 予約日時等の必要事項は、病院から別紙「予約通知書」によりFAXまたは郵送によりご連絡いたします。
入院予定日まで日数がある場合は、入院申込書、入院案内等の書類を患者さん宛に送付いたします。
- (4) 検査結果報告書は、FAX又は郵送にて依頼された登録医宛に送付いたします。
- (5) 検査により、予め診察又は検査実施準備を必要とするものがあります。
- (6) 訪院の手順は別紙3を参照してください。

－ 診 療 －

- (1) 登録医は、患者の診療・病状や治療方針の説明、カルテの閲覧ができます。
説明にあたっては、主治医との不一致がないよう、十分に事前協議を行ってください。診療や説明を行った時には、その内容をカルテに記入し、署名も併せてお願いいたします。
- (2) 投薬・注射・検査・処置など直接的に患者に影響をおよぼしうるような指示は、医長又は主治医の了解のもとに行うようにしてください。
- (3) 手術の立ち会いをされる際には、病院が用意する術衣・マスクを着用し、病院の手術室の指示に従っていただくようお願いいたします。
- (4) 診療等を行うための手順は別紙4を参照してください。

－ その他 －

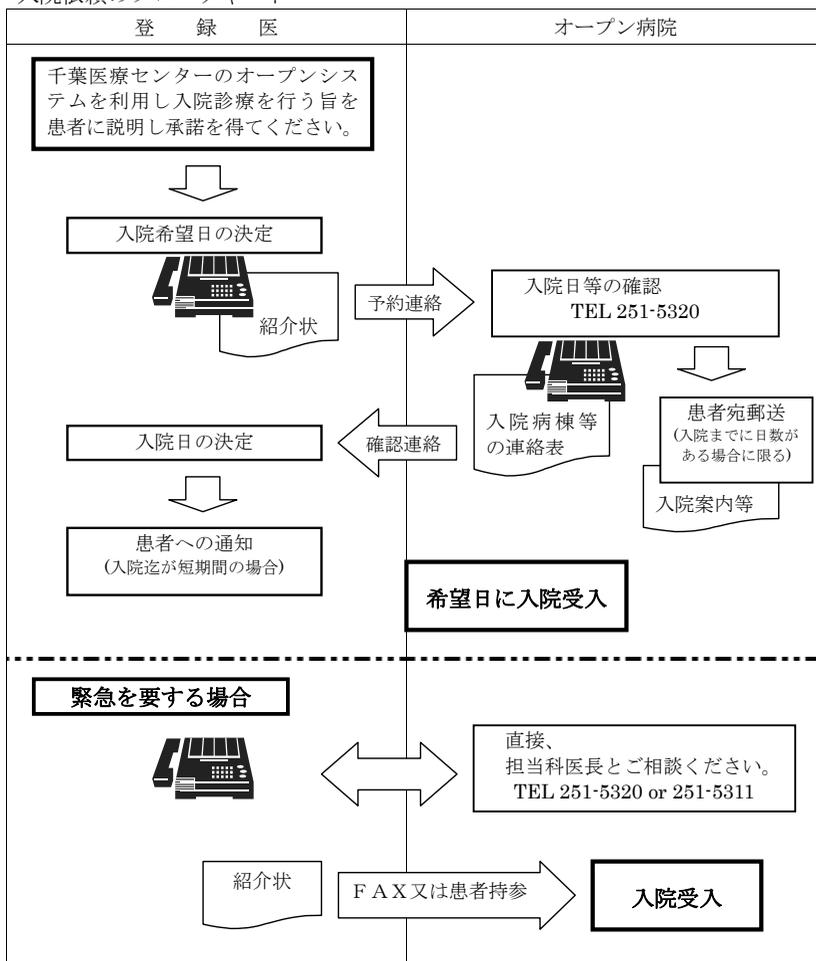
- (1) 院内で開催される公開カンファレンス・症例検討会・各種研修会などにご出席ください。開催の日時・内容等は、別途病院からお知らせいたします。
- (2) 開放型病院協同指導料の算定はできません。
- (3) その他、ご不明な点がありましたら地域医療連携室宛お尋ねください。

入院 依 頼 の 手 順

1. 入院依頼の原則は、実施要綱第5条のとおりです。

実施要綱
 第5条 患者紹介、外来受診、入院の手順は、一般の患者と同様とし入院の要否の決定は、各診療科の判断によるものとする。
2. 緊急を要する場合は、予め電話、FAXにて各科担当医又は各科医長に連絡し、了解を得てから紹介していただくようお願いいたします。
3. 入院された時点で、病院より登録医宛ご連絡をいたします。

入院依頼のフローチャート



訪 院 の 手 順

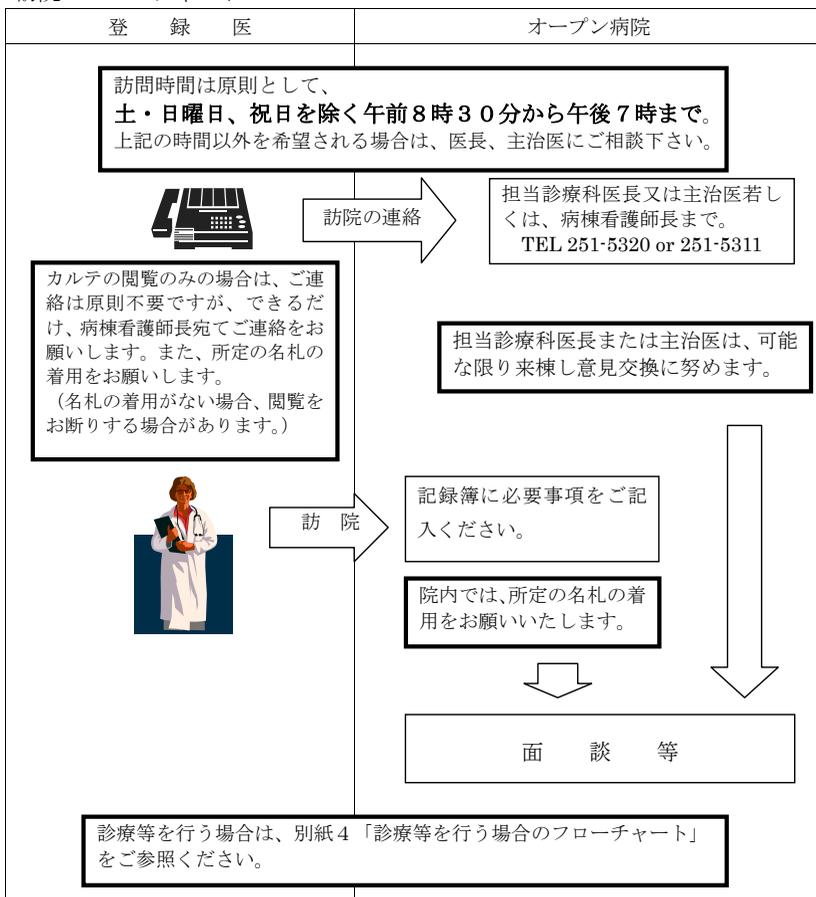
1. 訪院の原則は、実施要綱第6条のとおりです。

実施要綱

第6条 登録医は、医長又は主治医の了解のもとに、紹介した入院患者を診察し、検査及び治療に参加することができる。
ただし、次の事項を守るものとする。
(各事項省略：実施要領をご参照ください。)

2. 登録医の訪問時間は原則として、土・日曜日、祝日を除く午前8時30分から午後7時までとさせていただきますが、上記の時間以外を希望する場合は、あらかじめ担当診療科医長または主治医にご相談ください。
3. 担当診療科医長または主治医は、可能な限り来棟し意見交換に努めます。
4. カルテの閲覧は、病棟のナースセンターにて閲覧いただけますので、病棟看護師にお申し出ください。(名札の着用がない場合、閲覧をお断りする場合があります。)

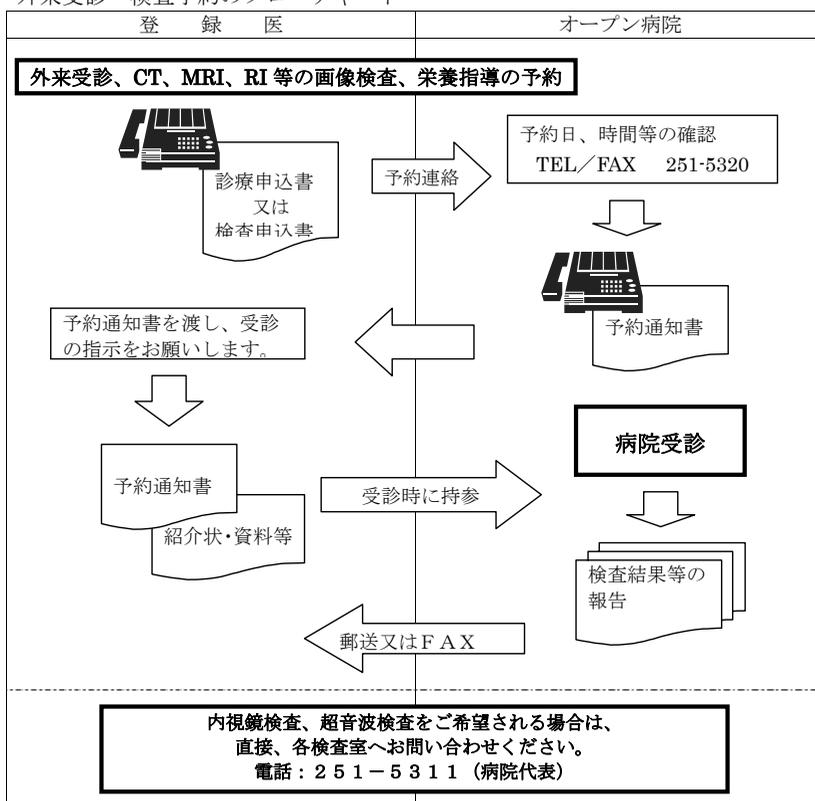
訪院のフローチャート



外来受診と検査予約の手順

1. 外来受診、画像検査、栄養指導の予約は、各「FAX申込書」に必要事項をご記入いただき、地域医療連携室宛FAXして下さい。申込を頂いた診療科と調整し、当日中(受付の時間により翌日となる場合があります。)に「ご予約通知書」をFAXいたします。
2. 病院より送付された「ご予約通知書」を患者さんにお渡しいただき、受診のご指示をお願いします。また、併せて受診時に紹介状（診療情報提供書等）・資料等のご提供をお願いします。
4. 内視鏡検査、超音波検査は、各検査室へ電話にてご連絡ください。
5. 受診結果又は検査成績については、翌日以降にご連絡いたします。

外来受診・検査予約のフローチャート



※最新の各診療科担当医表を必要な場合は、地域医療連携室（TEL 251-5320）にご連絡ください。また、病院ホームページ（URL：<http://www.hosp.go.jp/~chiba/>）内の地域医療連携室のページからダウンロードすることができます。

※「FAX診療申込書」等は、この手引きに編纂したものをコピーしてご使用ください。なお、ご連絡をいただければ書式を郵送又はFAXいたします。病院ホームページからもダウンロードすることができます。

別紙 4

セミオープンシステムを利用し診療等を行う場合の手順

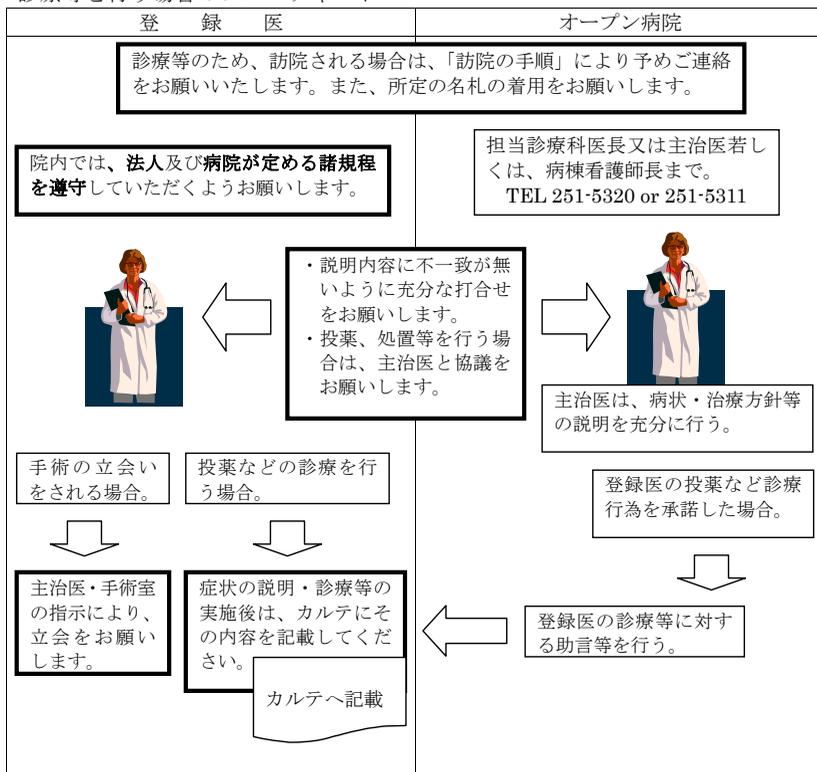
1. セミオープンシステムを利用し診療等を行う原則は、実施要綱第6条のとおりです。

実施要綱

第6条 登録医は、医長又は主治医の了解のもとに、紹介した入院患者を診察し、検査及び治療に参加することができる。
ただし、次の事項を守るものとする。
(各事項省略：実施要領をご参照ください。)

2. 院内では、必ず所定の名札を着用し、法人及び病院が定める諸規程、規則等を遵守し、患者の診察・検査・治療記録の閲覧等をお願いいたします。また、患者の診察・病状や治療方針の説明にあたっては、主治医との不一致がないよう、十分に事前協議を行ってください。
3. 投薬など直接的に患者に影響をおよぼしうるような指示は、医長又は主治医の了解のもとに行ってください。
4. 診療や説明等を行った時には、その内容をカルテに記入し、署名も併せてお願いいたします。
5. 手術に立ち会うことができますが、予め、主治医にご相談ください。立会の当日は、主治医及び手術室の指示に従っていただきます。

診療等を行う場合のフローチャート



千葉県医師会オープンシステム規約

(目 的)

第1条 千葉県医師会（以下、「本会」という。）は、地域包括医療推進の一環として、病院への患者紹介、病院での診療、退院後の管理を通じた患者中心の一貫性のある医療の提供ならびに生涯研修を目的とした千葉県医師会オープンシステム（以下、「本オープンシステム」という。）を実施する。

また、本オープンシステムを通じ医療レベルの向上、医療の効率化、病診間の連携と機能分担を図り、もって地域医療の向上に期するものである。

(構 成)

第2条 本オープンシステムは、第1条の主旨に賛同する本会会員および本会地域内にある各病院をもって構成し、前者を登録医、後者をオープン病院と称する。

(登 録)

第3条 1) オープン病院の利用を希望する会員は、千葉県医師会長の推薦を受け、別に定める様式に従い登録するものとする。

2) 登録医は、オープン病院を訪問する際、所定の名札を必ず着用すること。

第4条 登録期間は1年とする。

登録医と当該オープン病院と相互に異存なき場合は、自動的に更に延長するものとする。

(運 営)

第5条 本オープンシステムの運営および登録医の業務は、本会と各オープン病院の間で別に定める実施要綱による。

第6条 本オープンシステムの円滑な推進および運営上の問題解決のために、本会とオープン病院両者によるオープンシステム運営委員会を設置する。

附 則

1. この規約は、昭和62年10月1日から施行する。
2. この規約の改正は、本会役員会の承認を経て行うものとする。

千葉市医師会オープンシステム規約による 国立病院機構千葉医療センター実施要綱

(目的)

第1条 国立病院機構千葉医療センター（以下「病院」という。）は、地域中核病院としての従来の責務に加えて、患者中心の一貫性のある医療の提供ならびに千葉市医師会会員の生涯研修のために病院の開放、高度医療機器の共同利用、或いは相互の医学研修などの病診連携を実践することにより、さらに充実した医療を地域住民に提供することを目的として本要綱を定める。

(登録医)

第2条 病院利用を希望する医師は、千葉市医師会長の推薦を受けて登録する。
2 登録期間は1年とする。ただし
(1) 登録更新は、毎年4月とし、双方異存がなければ自動延長するものとする。
(2) 登録医が不適当と判断された時は、病院長はオープンシステム運営委員会にばかり、その身分を取り消すことができるものとする。

(身分)

第3条 登録医は病院の組織に属さぬが、当該診療科医長又は主治医の了解のもとに病院職員に対して、指示することができるものとする。

(責務)

第4条 登録医は、法人及び病院の諸規程、規則等を遵守するとともに、院内では所定の名札をつけるものとする。

(紹介・入院手順・外来検査予約)

第5条 患者紹介、外来受診、入院の手順は、一般の患者と同様とし入院の要否の決定は、各診療科の判断によるものとする。
2 外来検査のみを希望する場合は、予め日時を予約することができるものとする。

(診察)

第6条 登録医は、当該診療科医長又は主治医の了解のもとに、紹介した入院患者を診察し、検査及び治療に参加することができる。
ただし、次の事項を守るものとする。
(1) 診察のために来院するときは、予め診療科医長又は主治医又は病棟師長に通知し、来院時は、病院備え付けの名簿に記入しなければならない。
(2) 診察時間は、原則として土・日曜日、祝日を除く午前8時30分から午後7時までとする。
(3) 診療を行うときは、病棟内での慣行、取り決め等に充分留意するとともに、入院患者に対して、病院の治療方針に反する言動をしてはならない。
(4) 診察を行った場合には、当該患者の診察内容等について、カルテに記載するとともに、氏名も併せて記載するものとする。
(5) カルテ閲覧に関しては、事前の連絡を要しない。

(退院)

第7条 患者の退院に際し、主治医は必要に応じ、登録医と退院後の治療方針等について協議する。また、登録医は主治医から入院経過及び結果の報告を受けるものとする。

(研究会、研修会等)

第8条 登録医は、病院で行う研究会、研修会等に参加することができる。病院は登録

医が出席しやすい研究会、研修会等を開催するものとする。

(支 援)

第 9 条 病院は、登録医の院内での活動を支援し、便宜をはからねばならない。

(実施細目)

第 10 条 各医長は各科に適当な実施細目を作ることができる。この際、オープンシステム運営委員会の意見を聞き、院長の承認を得る必要があり、変更する場合も同様である。

(オープンシステム運営委員会)

第 11 条 この要綱の改正、運営管理に関するすべての事項についてはオープンシステム運営委員会で協議し、院長に答申し承認を得なければならない。

- 2 構成員は、病院及び千葉市医師会代表各 3 名とし、必要に応じ増減することができる。
- 3 互選により委員長、副委員長を定め、委員長は必要に応じ委員を招集し、運営委員会を開催する。
- 4 委員の任期は 1 年とする。ただし、再任を妨げない。

附 則

- 1 この要綱は、昭和 6 2 年 1 0 月 1 日から施行する。
- 2 平成 2 0 年 4 月 1 日一部改正。

登 録 届

平成 年 月 日

千葉県医師会
会長

殿

住 所

氏 名

⑩

私は、千葉県医師会オープンシステムの主旨に賛同し登録します。

千葉県医師会オープンシステム規約並びに国立病院機構千葉医療
センター実施要綱に従います。

国立病院機構千葉医療センター セミオープンシステム運営委員会規程

(目的)

第1条 この委員会は、国立病院機構千葉医療センター（以下、「病院」という。）の地域中核病院としての従来の責務に加えて、患者中心の一貫性のある医療を実践することを目的として実施するセミオープンシステムの円滑な運営管理を行うことを目的とし、さらに充実した医療を地域住民に提供するための企画運営に関する事項を審議する。

(組織)

第2条 国立病院機構千葉医療センター セミ・オープンシステム運営委員会（以下、「委員会」という。）の構成員は、千葉市医師会オープンシステム規約に基づく国立病院機構千葉医療センター実施要綱（以下、「実施要綱」という。）第11条の規定により、下記によるものとする。

- (1) 病院側委員は、副院長、医局長、事務部長、管理課長、医局3名、庶務班長
医師会側委員は、千葉市医師会会長が推薦する者3名
- (2) 委員長、副委員長は、実施要綱の規定に基づき委員の互選により定めるものとする。
- (3) 委員長は、必要と認めるときは、関係職員を委員会に出席させることができる。

(開催)

第3条 委員会は、委員長が必要と認めるときに開催する。

(庶務)

第4条 この委員会にかかる庶務は、病院庶務班長が処理する。

(報告)

第5条 委員長は、委員会終了後すみやかにその概況を病院長に報告し、承認を受けるものとするものとする。

附 則

1. この規程は、昭和62年10月1日から施行する。
2. 平成16年4月1日一部改正
3. 平成20年4月1日一部改正

紹 介 状

独立行政法人

国立  千葉医療センター _____ 科 _____ 先生御侍史

患者 _____ 殿 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 才

男 ・ 女 をご紹介いたします。

依 頼 内 容： 入院 ・ 外来 ・ 検査

主訴又は病名：

症 状 経 過：

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

(TEL・FAX)

登 録 医 名

様式 1

F A X 診 療 申 込 書

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

独立行政法人

国立病院機構 千葉医療センター

地域医療連携室 FAX 043-251-5320 (直通)

患者情報	フリガナ 氏 名	医療機関名			
	性 別 男 ・ 女		所在地		
	生年月日 M・T・S・H ____年__月__日生			TEL FAX	
	住所 〒 _____				医師名
	電話番号 - -				
受 診 科	科	※別紙「連携室予約可能時間」にてご確認のうえご予約ください。(混雑状況の違いにより、優先的にご予約をお取りできる時間帯が科により異なります。)			
希望医師名	特になし ・ (_____)				
受 診 希 望 日 時	第 1 希望 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時				
	第 2 希望 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時				
	第 3 希望 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時				
	その他希望 _____				
備考欄					

- 注 1) F A X 診療申込書に必要事項をご記入の上、F A Xにてご連絡ください。
- 注 2) 翌日以降の予約申込みをお願い致します。
- 注 3) お返事は「予約通知書」にて、受診日時、注意事項等を記入しF A Xにて返信いたします。
- 注 4) 17 時 00 分以降のF A X受付分は、翌日速やかにお返事いたします。
- 注 5) 患者さんには、「診療情報提供書」をお渡しいただくようお願いいたします。

ご不明な点は、
受付時間 月～金 8 時 30 分～17 時 00 分 (年末年始・祝日を除く。)
地域医療連携室 TEL/FAX 043-251-5320 までお問い合わせください。

**** 誤送信F A X書類の取り扱いのお願い ****
このF A Xが誤って送信先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者まで、ご連絡いただきますようお願いいたします。

様式 2

FAX画像検査申込書

平成____年____月____日

独立行政法人

国立~~病院~~千葉医療センター

地域医療連携室 FAX 043-251-5320 (直通)

患者情報	フリガナ 氏 名	貴院情報	医療機関名
	性 別 男 ・ 女		所在地
	生年月日 M・T・S・H ____年____月____日生		TEL FAX
	住所 〒_____		医師名
	電話番号 ____ - ____		
検査希望日	第1希望 平成____年____月____日	※検査時間につきましては、別紙「連携室予約可能時間」にてご確認ください。	
	第2希望 平成____年____月____日		
	第3希望 平成____年____月____日		
検査項目	<input type="checkbox"/> MRI検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 (_____) <input type="checkbox"/> 四肢 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※造影剤使用 [有 ・ 無]		
	<input type="checkbox"/> CT検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 (_____) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※造影剤使用 [有 ・ 無]		
	<input type="checkbox"/> RI検査 検査項目 (_____)		
検査依頼内容詳細 (検査目的・特記事項など)			

注1) FAX診療申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡ください。

注2) 翌日以降の予約申込みをお願い致します。

注3) お返事は「予約通知書」にて、受診日時、注意事項等を記入しFAXにて返信いたします。

注4) 17時00分以降のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします。

注5) 患者さんには、「診療情報提供書」をお渡しいただくようお願いいたします。

ご不明な点は、

受付時間 月～金 8時30分～17時00分(年末年始・祝日を除く。)

地域医療連携室 TEL/FAX 043-251-5320 までお問い合わせください。

*** 誤送信FAX書類の取り扱いのお願い ***

このFAXが誤って送信先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者まで、ご連絡いただきますようお願いいたします。

FAX栄養指導申込書

平成____年____月____日

独立行政法人
国立 **霞** 千葉医療センター

地域医療連携室 FAX 043-251-5320 (直通)

患者情報	フリガナ 氏 名	貴院情報	医療機関名
	性 別 男 ・ 女		所在地
	生年月日 M・T・S・H ____年____月____日生		TEL FAX
	住所 〒_____		医師名
	電話番号 _____		
病 名 _____			
身 長 _____cm 体 重 _____kg			
依頼指導内容、エネルギー： _____kcal			
その他 _____			
指導希望日	第1希望	平成____年____月____日	※指導希望日は、月・火・金曜日をご指定ください。また、栄養指導実施時間は午前中に限らせていただきます。
	第2希望	平成____年____月____日	
	第3希望	平成____年____月____日	
検査成績 (測定したものの みで結構 です)	血糖	_____mg/dl (空腹時、食後)、HbA1c _____%	
	Tcho	_____mg/dl、HDL-cho _____mg/dl、LDL-cho _____mg/dl	
	TG	_____mg/dl、TP _____g/dl、ALB _____mg/dl	
	BUN	_____mg/dl、尿酸 _____mg/dl、Cre _____mg/dl	
	現在の処方内容 (主なもののみで結構です。)		
その他ご希望			

- 注 1) FAX診療申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡ください。
- 注 2) 翌日以降の予約申込みをお願い致します。
- 注 3) お返事は「予約通知書」にて、受診日時、注意事項等を記入しFAXにて返信いたします。
- 注 4) 17時00分以降のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします。
- 注 5) 患者さんには、「診療情報提供書」をお渡しいただくようお願いいたします。

ご不明な点は、
受付時間 月～金 8時30分～17時00分 (年末年始・祝日を除く。)
地域医療連携室 TEL/FAX 043-251-5320 までお問い合わせください。

***** 誤送信FAX書類の取り扱いのお願い *****

このFAXが誤って送信先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者まで、ご連絡いただきますようお願いいたします。

