

地域医療連携機関登録と 共同診療についてのご案内

お問い合わせ：茨城西南医療センター病院

地域連携室 飯島・野口

電話：0280-87-6704

FAX：0280-87-8399

地域医療連携機関登録とは

- 地域の医療機関の先生方(かかりつけ医)と当院との間で、地域医療連携機関としてご登録いただきます。
- これにより、当院とかかりつけ医の先生方が相互に連携を図り、施設・設備を利用しながら、共同で診療を行うことができます。
- 登録のメリットは以下の通り
 - ①紹介状持参患者の優先診療(2014年4月～全紹介患者に実施)
 - ②共同診療
 - ③地域医療連携機関として当院ホームページに掲載致します。
 - ④地域医療連携機関として院内に掲示させていただきます。

地域医療連携機関登録とは

①紹介状持参患者の優先診療

(2014年4月～全紹介患者に実施)

・本年4月より紹介状をご持参いただいた患者さんについては、優先診療を実施しております。

・紹介状を持参していただいた患者さんには、直接診療科前待合室にご案内致します。

⇒待ち時間の短縮につながります。

地域医療連携機関登録とは

②共同診療

かかりつけ医の先生から、ご紹介いただいた患者さんが入院となった場合、共同診療にて以下のことを行っていただけます。

1)入院中の病棟にて診療内容についての把握、カルテの閲覧

・・・入院中の病棟にて、カルテをご確認いただき、診療内容を把握していただくことができます。

2) 当院主治医と共同し、治療方針の確認

・・・当院の主治医と共同することで、治療方針についても直接ご確認いただくことができます。

地域医療連携機関登録とは

②共同診療

共同診療の手順：

- ・共同診療の実施は特に日時を指定しておりません。
- ・共同診療ご希望の場合はあらかじめ地域連携室にご連絡ください。

主治医、病棟と調整し、日程をご連絡致します。

茨城西南医療センター病院 地域連携室

電話：0280-87-6704

FAX：0280-87-8399

地域医療連携機関登録とは

②共同診療

※共同診療のメリット

1)患者さんのメリット

共同診療により、診療内容を当院の主治医と、かかりつけ医の先生とが、共に把握することで

自宅⇨入院⇨自宅

一貫性のある、継続的な治療を受けることができます。

入院中にかかりつけ医の先生にご来院いただくことで、患者さんが一層安心感を得ることができます。

地域医療連携機関登録とは

②共同診療

※共同診療のメリット

1) かかりつけ医(開業医)の先生方のメリット

- ・入院中の患者さんの状況を把握することができ、退院後の診療に役立てることができます。
- ・診療報酬の算定が可能(開業医の先生方が算定できます)

⇨退院時共同指導料(B004)

在宅療養支援診療所・・・1000点

それ以外の場合・・・ 600点

地域医療連携機関登録とは

③地域医療連携機関として当院ホームページに掲載致します。

・地域医療連携機関登録を行っていただくことで、地域医療連携機関として当院ホームページにて掲載させていただきます。

・掲載方法は、名称、住所、電話番号、FAX等の掲載、リンクの貼り付け

⇒掲載させていただくことで、連携医療機関であることの周知を図ることができます。

当院ホームページ：<http://www.seinan-mch.or.jp>

地域医療連携機関登録とは

③地域医療連携医療機関として院内に掲示させていただきました。

・地域医療連携登録を行っていただくき、地域医療連携医療機関として当院院内に掲示させていただきました。

・掲載方法は、名称、代表者氏名等をご提示させていただきます。

⇒当院に受診される患者さんに、ご提示されている医療機関との間で連携医療機関として登録されていることが理解できます。

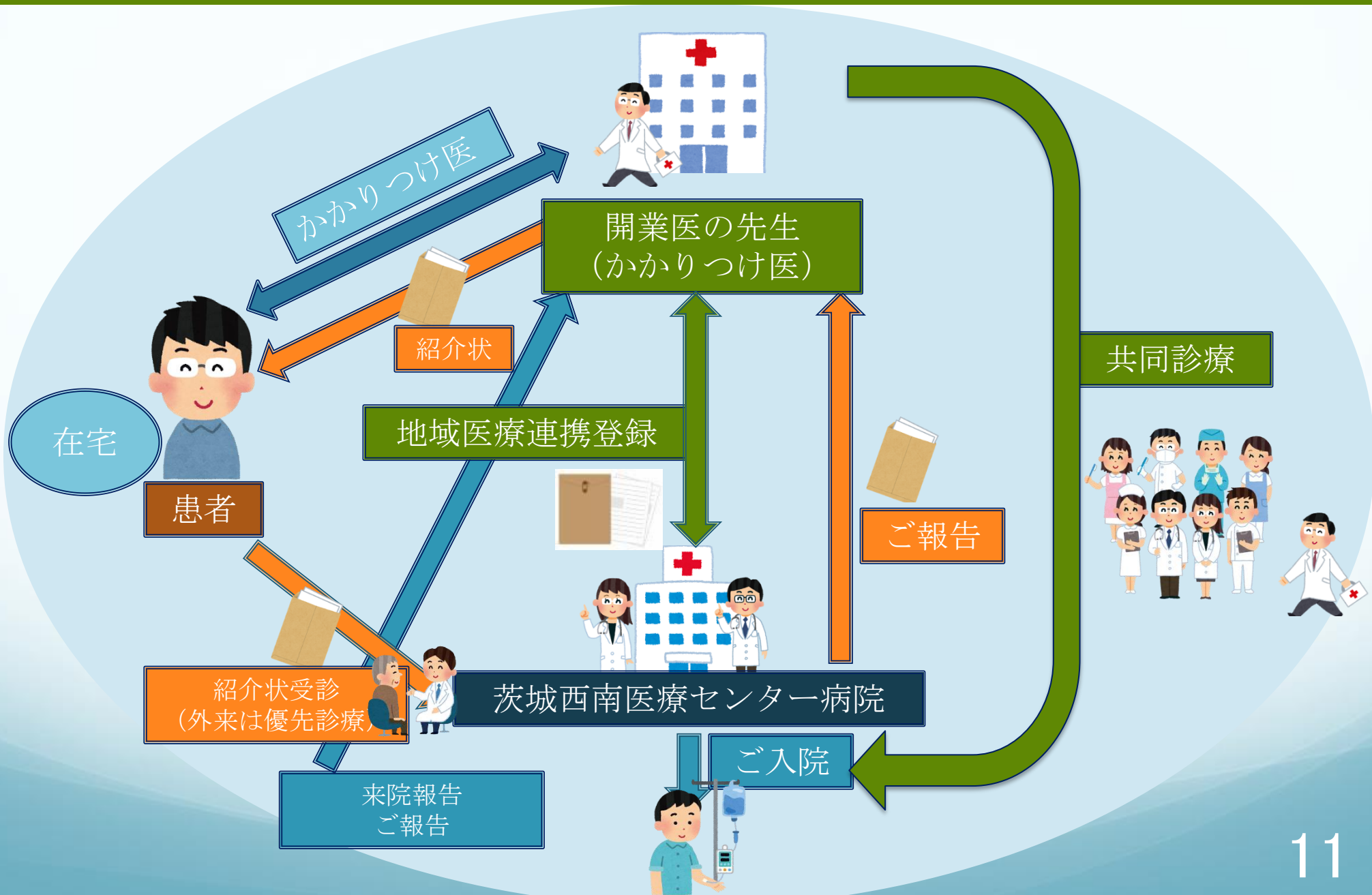
※掲示場所は正面玄関になります。

地域医療連携機関登録手続き

- 地域医療連携登録申込書を作成してください。

地域連携医療機関登録申込書	
(様式 1) 年 月 日	
茨城西南医療センター病院 病院長 亀崎 高夫 殿	
当院は、茨城西南医療センター病院と相互の連携において、地域住民の為に診療を共同で行う事を目的に地域医療連携機関の登録を申請します。	
フリガナ 医療機関名	
住 所	〒
フリガナ 院 長 名	
ホームページURL	
診 療 科	内科 ・ 外科 ・ 小児科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 泌尿器科 ・ 産婦人科 ・ 眼科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 形成外科 その他 ()
診 療 日 診 療 時 間	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ()
担当者連絡先	担当者氏名: _____ 電話番号: _____ FAX番号: _____ E-MAIL: _____
当院、掲示板・ホームページ等への掲載について <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
そ の 他	

茨城西南医療センター 地域医療連携機関登録



地域医療連携機関登録後の手続き

