鹿児島市立病院
共同利用等の手引き

鹿児島市立病院

平成３０年４月

目　　次

１．共同利用制度…… 1

２．医療機関・医師の登録について…… 2

３．検査機器の共同利用…… 3
（登録医が当院の医師と共同で検査等を行うもの）

４．共同診療 …… 4

５．面　会 ……5

６．諸記録の閲覧 ……6

※ 様 式 等

・登録医申請書 ……7

・登録医申請書（記入例）…… 8

・共同利用医療機関登録証…… 9

・登録医証……10

・共同利用・共同診療等申請書……11

・共同利用・共同診療等申請書（記入例）……12

・共同診療記録票……13

・閲覧申込書……14

１．共同利用制度

⑴ 目　的

当院において、共同利用医療機関として登録した医療機関の医師（以下、「登録医」という。）に施設・機器を開放し、共同利用を行うことにより、診療・研修の機会を提供し、地域医療機関との更なる連携強化を図るとともに、地域住民に良質な医療を提供すること、及び地域の医療従事者の資質の向上を図ることを目的とします。

⑵ 共同利用の範囲

① 検査機器の共同利用

当院のＣＴ、ＭＲＩなどの検査機器を共同利用することができます。

※紹介状等による患者紹介による検査機器の利用（当院医師が検査を行う）を原則とします。

② 共同診療

当院に入院した紹介患者に対し、かかりつけ医である登録医と当院主治医と共同で診療、指導等を行っていただくことができます。

なお、共同診療は義務ではないので、これまでどおりの患者紹介のみでも問題はありません。

※共同診療を行った時は、「開放型病院共同指導料（Ⅰ）」を算定することができます。

※登録医は、当人が紹介して共同診療する患者に関する情報を当院主治医と共有することができます。

③ 面　会

当院に入院中の紹介患者に面会する際に診療情報の提供を受けることができます。

⑶ 共同利用時の遵守事項

① 共同利用を希望する医師は、事前に当院の登録医になる必要があります。

② 共同利用を行う際には、事前に連絡を行ってください。

③ 共同利用のため来院する際には、当院が発行する「登録医証」（Ｐ８）及び「白衣」を持参してください。（面会の場合は、白衣の持参は必要ありません。）

④ その他当院の定める諸規則を守ってください。

⑷ 報　酬

目的に鑑み、登録医に対する報酬・旅費等は、原則として支給いたしません。

⑸ 事　故

別途協議の上、対応いたします。

２．医療機関・医師の登録について

⑴ 事前登録

検査機器の共同利用、共同診療、面会（診療情報の提供を伴うものに限る。）等の共同利用を行う際には事前に登録が必要になります。

⑵ 申請手続き

別紙「登録医申請書」（Ｐ５）に必要事項を記入のうえ、当院へ郵送かＦＡＸで送付してください。

申請にあたっては、医療機関単位で申請をしていただきますが、共同利用を希望する医師が複数の場合は、全ての医師について記入してください。

⑶ 共同利用医療機関登録証並びに登録医証の交付

申請後、当院において記載事項の確認を行い、医療機関には「鹿児島市立病院共同利用医療機関登録証」（Ｐ７）を、登録を申請した医師には「鹿児島市立病院登録医証」（Ｐ８）を交付いたします。

⑷ 登録期間

登録医の登録期間は、１年間とします。ただし、年度の途中から登録された場合の登録期間は、登録日の属する年度の末までとします。なお、登録期間は、登録医と当院の双方に特別の事情がない場合を除き、次年度以降において毎年更新となります。

⑸ 登録の辞退・内容の変更

登録の辞退や、医療機関の名称、住所等の変更及び登録医師の異動、追加などの登録内容に変更があった場合は、「登録医申請書」に変更内容を記載のうえ、ご提出ください。

３．検査機器の共同利用

⑴ 概要
登録医が来院し、紹介患者に対して当院の医師と共同で検査等を行います。

⑵ 共同利用に供する検査機器
当院に属する全ての検査機器

⑶ 共同利用を行う者
登録医

⑷ 利用時間
１２月２９日～翌年の１月３日を除く平日の午前９時から午後８時まで
※原則、午前９時～午後５時までで、当院で調整させていただきます。

⑸ 実施手順
① 当院の関係する診療科と事前調整したのち、「共同利用・共同診療等申請書」（Ｐ９）などをＦＡＸ等で、当院医療連携室に送付してください。
② 当院で日程調整を行い、「共同利用・共同診療等申請書」の「申請結果（市立病院記入欄）」に検査日等の連絡事項を記載し、ＦＡＸ等で返送いたします。
③ 患者に共同利用について説明するとともに検査日時を伝え、診療情報提供書をお渡しください。

④ 検査当日、登録医証（Ｐ８）及び白衣を持参し、医療連携室にお越しください。
※患者にも、最初に医療連携室にお越しいただくようお伝えください。
⑤ 診療科等で各種検査・診察を行います。

<u>※紹介患者のみが来院する場合は、従来と同じ要領で、特に変更はありません。</u>
※共同で行う検査については、当院医師が責任者となります。
※関係する診療科について不明な場合は、医療連携室にご相談ください。

４．共同診療

⑴ 概要

当院に入院した紹介患者に対し、かかりつけ医である登録医と当院主治医と共同で診療、指導等を行います。

⑵ 共同診療等を行う者

紹介患者が当院に入院している登録医と当該患者の当院での主治医

⑶ 利用時間

１２月２９日から翌年の１月３日を除く平日の午前９時から午後８時まで

⑷ 実施手順

① 当院の関係する診療科と事前に調整したのち、当院に紹介、入院予定の患者に対し共同診療の説明を行い、同意を得たうえで、紹介状をお渡しください。

② 紹介した患者の入院後、「共同利用・共同診療等申請書」（Ｐ９）をＦＡＸ等で当院医療連携室に送付してください。

③ 当院で日程調整を行い、「共同利用・共同診療等申請書」の「申請結果（市立病院記入欄）」に検査日等の連絡事項を記載し、ＦＡＸ等で返送致します。

④ 共同診療当日は、登録医証（Ｐ８）及び白衣を持参し、医療連携室にお越しください。

⑤ 当院での主治医と一緒に患者を診療後、「共同診療記録票」に記入・署名をしてください。「共同診療記録票」（Ｐ１１）は、写しをお渡しいたします。

⑥ 帰院後、カルテに共同診療を行った事を記載し、開放型共同指導料（Ｉ）を算定してください。

５．面会

(1) 概要
入院中の紹介患者に面会する際に診療情報の提供を受けることができます。

(2) 対象
当院に入院中の紹介患者

(3) 利用時間
午前９時から午後８時まで

(4) 実施手順
① 面会の希望日時・患者名を電話・ＦＡＸ等で事前に当院医療連携室にご連絡ください。
※**面会希望日（希望日が休診日の場合は直前の診療日）の午後５時まで** にご連絡くださいますようお願いいたします。
② 希望された日時で不都合な場合は、日程調整をさせていただきます。
③ 面会当日は、登録医証を持参のうえ、医療連携室にお越しください。

※休診日及び時間外の場合は、直接病棟を訪問してください。
※面会時の対応は、原則病棟看護師が行います。診療情報等について、当日回答できない質問があった場合は、後日、主治医に確認のうえ回答いたします。
※事前連絡がなく、面会に来られた場合は、診療情報等の提供が出来かねますので、**必ず事前にご連絡**くださいますようお願いいたします。

６．諸記録の閲覧

⑴ 閲覧できる書類

① 病院の管理及び運営に関する諸記録（個人情報を含まないもの）

・共同利用の実績数
・救急医療の提供の実績数
・地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績数
・閲覧実績数
・紹介患者に対する医療提供の実績数
・他病院又は診療所に対する患者紹介の実績数

② 診療に関する諸記録（過去２年間分）

・病棟管理日誌、外来管理日誌
・処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状
・退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書の記録
・管理責任者が必要と認める記録

⑵ 閲覧を行う者

・①の書類については、登録医、当院に患者を紹介しようとする医師及び歯科医師並びに地方公共団体の職員
・②の書類については、登録医

⑶ 実施手順

① 事前に「閲覧申込書」（Ｐ１２）をＦＡＸ等で医事情報課に送付してください。
② 当院で閲覧の可否について判断し、ご連絡いたします。（閲覧可の場合は日時を調整させていただきます。）
③ 閲覧当日、「閲覧申込書」の原本と登録医証または、本人確認できるものを持参のうえ、医事情報課にお越しください。

⑷ 費用

写し（電磁的記録にあっては、当該電磁的記録を複写したものを含む。）を希望される場合は、下記の費用（税込み）が必要となります。

・診療録等の複写費用	１枚当たり	１０円
・エックス線写真等の複写費用	１枚当たり	４００円
・電磁的記録の複写費用電子媒体	１枚当たり	５００円

⑸ 利用時間

１２月２９日から翌年の１月３日を除く平日の午前９時から午後４時まで

様　　式

【様式1】　　年　　月　　日

登録医申請書（　新規・変更・辞退　）

鹿児島市立病院地域医療支援事業運営規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称		
	法人名		
	開設者	（職名）	（氏名）
	所在地	郵便番号	
		住所	
	連絡先	電話番号	
		ＦＡＸ番号	
		メールアドレス ※当院からの外来診療案内等の各種案内に活用させていただきます。	
		ホームページ	
	主たる診療科		

当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載	□承諾する　□拒否する

	No.		氏名	診療科	連絡先（携帯番号等）
登録を申請する医師の氏名等	1	新規 変更 削除	フリガナ		
	2	新規 変更 削除	フリガナ		
	3	新規 変更 削除	フリガナ		
	4	新規 変更 削除	フリガナ		
	5	新規 変更 削除	フリガナ		

当院	受付日	平成　年　月　日	登録番号	
	備考			

連絡先　〒890-8760
鹿児島市上荒田町３７−１
鹿児島市立病院　医療連携室
ＴＥＬ　099-230-7000（内線2166）
ＦＡＸ　099-230-7101

【様式1】　**記入例**　　年　　月　　日

登録医申請書（ 新規・変更・辞退 ）

鹿児島市立病院地域医療支援事業運営規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称	○○病院	
	法人名	○○法人○○会	
	開設者	（職名）　理事長	（氏名）鹿児島　太郎
	所在地	郵便番号	890-0000
		住所	鹿児島市○○町○番○号
	連絡先	電話番号	０９９-○○○-○○○○
		ＦＡＸ番号	０９９-○○○-○○○○
		メールアドレス	○○@○○○.ｊｐ
		※当院からの外来診療案内等の各種案内に活用させていただきます。	
		ホームページ	http://○○○○.jp
	主たる診療科		

当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載	□承諾する　□拒否する

登録を申請する医師の氏名等	No.		氏名	診療科	連絡先（携帯番号等）
	1	新規 変更 削除	フリガナ　カゴシマ　ジロウ 鹿児島　次郎	内科	○○○-○○○○-○○○○
	2	新規 変更 削除	フリガナ		
	3	新規 変更 削除	フリガナ		
	4	新規 変更 削除	フリガナ		
	5	新規 変更 削除	フリガナ		

当院				
	受付日	平成　年　月　日	登録番号	
	備考			

連絡先　〒890-8760
鹿児島市上荒田町３７-１
鹿児島市立病院　医療連携室
ＴＥＬ　099-230-7000（内線2166）
ＦＡＸ　099-230-7101

【様式2】

鹿 児 島 市 立 病 院

共同利用医療機関登録証

登録番号

医 療 機 関

開　設　者　　様

貴院は、鹿児島市立病院の連携医療機関であり、
共同利用の医療機関として登録されたことを証します。

平成　　年　　月　　日

鹿児島市立病院
院 長 坪内　博仁　　印

【様式３】

登 録 医 証　　第　　号

鹿児島市立病院共同利用登録医

所 属
氏 名

上記の者は、鹿児島市立病院における共同利用の登録医であることを証します。

印

平成　年　月　日　　鹿児島市立病院長

【様式４】

共同利用・共同診療等申請書

年　　月　　日

鹿児島市立病院　　様

登録医療機関名

登録医氏名
電話番号
ＦＡＸ番号

つぎのとおり、申請します。

１．患者情報及び申請目的

・患者情報

漢字氏名：　　カナ氏名：

生年月日：　　年　　月　　日　　性別　：

住　所：〒

電話番号：

その他特記事項等

（　　）

・申請目的（該当に○をして下さい。）

（　　）共同利用　（　　）共同診療　（　　）その他（　　）

２．申請目的の窓口となる診療科等

３．希望日時

第一希望　　年　　月　　日（　　）　　時～　　時

第二希望　　年　　月　　日（　　）　　時～　　時

４．その他必要書類を添付

申請結果（市立病院記入欄）

・　　年　　月　　日　　時　　分　で予約

・　その他

（　　）

【様式４】

共同利用・共同診療等申請書

【記 入 例】
共同診療の場合

年　　月　　日

鹿児島市立病院　　様

登録医療機関名　鹿児島病院
登録医氏名　　鹿児島　花子
電話番号　　111-222-3333
ＦＡＸ番号

つぎのとおり、申請します。

1. 患者情報及び申請目的

・患者情報

漢字氏名：　桜島　太郎　　カナ氏名：サクラジマ　タロウ

生年月日：　昭和22年　2月　2日　　性別　：　男

住　所：　〒

電話番号　：

その他特記事項等

（　　）

・申請目的（該当に○をして下さい。）

（　　）共同利用　　（　○　）共同診療　　（　　）その他（　　）

2. 申請目的の窓口となる診療科等

□□□□　科

3. 希望日時

第一希望　　○○　年 ○ 月 ○○　日　　○ 時～　○ 時

第二希望　　△△　年 △ 月 △△　日　　△ 時～　△ 時

4. その他必要書類を添付

申請結果（市立病院記入欄）

・　○○年　○　月　○日　○時　○○分　で予約

・　その他

（　　）

共同診療記録票

診療科：　　患者名：　　歳

入院先：　　病棟　　号　主治医：

診療日時：　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分

診療内容：

署　名　　主治医：病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録医：病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【様式１】

閲覧申込書

申請日　　年　　月　　日

所属医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録医療機関番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

閲覧者住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

閲覧者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

<table>
<tr><td rowspan="3">閲覧データ（閲覧するデータに○）</td><td rowspan="2">登録医のみ閲覧可</td><td colspan="3">○「診療に関する諸記録」（個人情報を含むもの）
病棟管理日誌　外来管理日誌　処方せん　手術記録　看護記録
検査所見記録　エックス線写真　紹介状　退院サマリ　入院診療計画書</td></tr>
<tr><td colspan="3">○「病院の管理及び運営に関する諸記録」（個人情報を含むもの）
共同利用の実績　救急医療の提供の実績
地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績　閲覧実績
紹介患者に対する医療提供の実績　他病院への患者紹介の実績</td></tr>
<tr><td>登録医、患者を紹介しようとする医師及び歯科医師並びに地方公共団体が閲覧可</td><td colspan="3">○「厚労省令で定める閲覧可能な文書」（個人情報を含まないもの）
共同利用の実績数　救急医療の提供の実績数
地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績数　閲覧実績数
紹介患者に対する医療提供の実績数　他病院への患者紹介の実績数</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者カナ氏名</td><td></td><td>患者性別</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td></td><td>患者生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">利用目的</td></tr>
<tr><td colspan="2">当院患者番号を含む個人情報の有無</td><td colspan="3">あり　　なし</td></tr>
</table>

（裏面）

○鹿児島市立病院使用欄

個人情報ありの場合

該当番号に○を記載

１．閲覧者の医療機関等の患者の情報の閲覧（医療連携に伴う閲覧）

２．法例に基づく場合（法例名：　　）

３．生命、身体または財産の保護のために必要で、本人の同意を得ることが困難な場合

４．公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

５．国の機関及び地方公共団体等が行う法令の定める事務であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

６．厳重な個人情報の管理の下、匿名化された情報の学会・研究会での利用及び学会・研究会への情報提供を行うとき

※３・４・５については、具体的な理由を記載

（　　）

申込みのあったデータの閲覧を許可する

閲覧責任者　鹿児島市立病院　事務局長

決裁欄

閲覧責任者	閲覧担当者	閲覧窓口

【問合せ先】 ※平日８：３０～１７：１５

鹿児島市立病院
住所：〒890-8760
鹿児島市上荒田町３７番１号
TEL：０９９－２３０－７０００（代表）
〇医療連携室
TEL：０９９－２３０－７１００（直通）
FAX：０９９－２３０－７１０１
〇医事情報課
内線：２１７１・２１７２
FAX：０９９－２３０－７０２５