

連携室だより



Japan Community Health care Organization SENDAI MINAMI Hospital



ジェイコー
JCHO仙台南病院



【病院の理念】

本院は、地域社会における中核的な先進医療保健施設として、地域医療の充実と国民保健の向上に貢献します。

【病院の基本方針】

- 1.急性期医療を担う地域の中核病院として、安全かつ良質な医療を行うために適切な説明と同意に基づいたチーム医療を推進します。
- 2.地域の医療・介護福祉施設と連携を図りながら高齢者にも対応できる幅広い医療を提供します。
- 3.個人情報厳格に保護し、診療内容に関しては真実説明で対応します。
- 4.全職員が自己研鑽に励みながら一丸となって地域医療に取り組みます。

検査受託・レスパイト入院のご案内

「どうぞ当院をご利用ください」

検査受託

当院では地域の先生方より受託検査をお引受けする体制を整えております。

○単純CT・単純MRI・骨密度検査
専門医師による遠隔読影も可能です。

○超音波検査
心臓・腹部・甲状腺・頸動脈
下肢動脈・下肢静脈・CAVI・ABI

外来を通さずに検査のみを行いますので、待ち時間が少なくスムーズです。

☆ 検査内容についてのご質問やご要望、お問い合わせ等は、当院技師が直接対応いたします。遠慮なくご連絡ください。

レスパイト入院

当院では在宅で療養生活を送られている患者さんやご家族(介護者さん)を支援させていただくため、レスパイト入院の受け入れを行っております。

患者さんやご家族の休息目的、ご家族のご都合にあわせ短期的にご利用いただけます。

- ・介護者の体調不良時や通院・入院
- ・在宅環境の整備
- ・冠婚葬祭
- ・急なご用事やご旅行
- ・年末年始
- ・往診の先生のお休み

など



検査科



超音波検査受託 ご利用方法

※ 外来を通さず検査のみを行います

実施検査項目

心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈

下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ CAVI・ABI

ご依頼方法 (依頼書は当院ホームページよりダウンロード可能)

「超音波検査受託依頼 FAX受付票」を記載し、
地域医療連携室へ FAX : 022-306-1741

⇒ 地域医療連携室より予約票を FAX いたします。

JCHO 仙台南病院
超音波検査受託依頼 FAX受付票

紹介元医療機関の名称・所在地
〒 市 区 町 丁目 番 号 号
〒 市 区 町 丁目 番 号 号
〒 市 区 町 丁目 番 号 号

患者氏名
性別 男 女 年齢 歳 生年月日 年 月 日 時 分 秒
受診科
依頼年月日 年 月 日 時 分 秒

依頼要件
() 心臓超音波 () 超音波 同月
() 腹部超音波 → 検査抜きでお願いします () 頸部
() 下肢静脈血拴超音波 別 別
() 下肢動脈超音波
() 甲状腺超音波
※糖尿病薬をお使いの方のカーインスリン注射をしている方は、先生より患者様へご指示をお願いします。

臨床診断
検査目的
 スクリーニング
 その他

FAX受付時間：平日8:30～18:30 受付番号 022-306-1741

ご記入の旨、詳細を申し渡さずとも、記入欄のな
いよう記載をお願いします。 JCHO 仙台南病院
C/FAXを呼び取った際の受診科を記載し、相談センター
へ連絡をお願いします。 地域医療連携室
TEL 022-306-1740
FAX 022-306-1741

患者さんの流れ

1. 検査当日は予約時間 10分前に 1階 1番窓口へ来院
2. 検査室へご案内
3. 検査
4. 検査所見書を患者様にお渡し ⇒ 帰宅 = 当院でのお会計はありません =
(検査結果の説明はご紹介元で行っていただきます)

検査費用について

患者様への窓口負担金の徴収と、診療報酬の請求は紹介元医療機関で行ってください。
➤ レセプトには必ず「JCHO 仙台南病院の機器使用」とご記入をお願いいたします。

検査費用につきましては、後日当院経理課より請求書をご郵送致します。

※ 請求方法のお問い合わせは医事課、お支払いに関しましては経理課までご連絡ください。
病院代表 : 022-306-1711



～ 検査科より ～

日本超音波医学会認定超音波検査士が担当しております。安心してお任せください。

検査所見に質問・お問い合わせ等がある場合、当院技師が直接対応いたしますので、遠慮なくご連絡ください。ご利用お待ちしております。

レスパイト入院 ご利用方法



ご利用できる方

- ・ 常時、医療行為・介護が必要な方
- ・ 在宅療養が再開できる方
(レスパイト入院中は、基本的に治療や検査、他病院の受診はできません)

ご依頼方法 (依頼書は当院ホームページよりダウンロード可能)

1. レスパイト入院のご相談
担当ケアマネジャー、かかりつけの先生もしくは訪問看護ステーション、地域包括支援センターより地域医療連携室へ連絡。まずはご相談ください。
TEL : 022-306-1740
2. 「レスパイト入院申込書」を記載し、診療情報提供書と一緒に地域医療連携室へ FAX : 022-306-1741
3. 日程調整後、当院担当者よりご依頼元へ連絡いたします。

レスパイト入院申込書 (FAX専用)	
FAX送信先 022-306-1741	
JCHO仙台南病院 地域医療連携室 宛	
紹介元医療機関又は事業所	
機関名称	
電話番号	FAX番号
患者情報	
フリガナ	姓 別 男・女
氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	職別
メールアドレス	職業
ファミリー	
病名	
入院希望日	月 日 () ~ 月 日 ()
日数	出庫 日~14日以内
医師	大塚 氏
医師の希望	入院費 (10,200 円/500) 検査/治療費 17,700 円/500 薬剤費 12,200 円
医師の希望	※患者様の状態によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。
現在のADL状況	
歩行	歩行補助具(杖、手杖) 自立・介助併用・歩行補助具・歩行器
歩行	歩行にトイレ・ポータルトイレ・おむつ・オナール・人工肛門 (その他)
排泄	自立・歩・歩行器・歩行器・歩行器又は歩行器なし、履物
着脱	自立・歩行器・歩行器・歩行器・歩行器なし、履物
食事	あり () あり () あり () あり ()
嚥下	あり () あり () あり () あり ()
認知	あり () あり () あり () あり ()
その他	あり () あり () あり () あり ()

※診療情報提供書 (Medical Record) の FAX をお願いいたします。
中心診療室(地域医療連携室)より医師のFAXにてお返事をさせていただきます。
入院日までに状態に変化があった場合は、事前に地域医療連携室(電話022-306-1740)までご連絡ください。

年末年始のレスパイト入院

ご相談お受けしております。
先生方のお休みの間など、是非ご利用ください。
～ 年末年始のご相談はお早めに！～



● NST 勉強会を開催します！



※ 別紙、同封の申込み用紙にてお申込みください

2024年 12月13日(金) 17:30～
場所 3階 旧職員食堂
内容 DESIGN-R について

2025年 2月28日(金) 17:30～
場所 3階 旧職員食堂
内容 当院の栄養管理について
～ 病態に合わせた栄養補助食品の選び方 ～



発行: 独立行政法人 地域医療機能推進機構 仙台南病院 (JCHO 仙台南病院)
仙台市太白区中田町字前沖 143 番地 (代表) TEL 022-306-1711 FAX 022-306-1712
地域医療連携室 (直通) TEL022-306-1740 FAX022-306-1741 (平日 8.30～17.00)