

# 神戸大学医学部附属国際がん医療・研究センター

## 診療のご案内

### 地域医療連携開始のお知らせ



平成29年4月、ポートアイランド地区に神戸大学医学部附属として、主に手術による治療を中心に開院し、診療実績を確実に積み上げています。さらにこれからより良いがん治療を提供するためには、近隣の医療機関と連携協力していくことが必要不可欠であるため、センターの地域医療連携機能の整備をしました。

またそれに併せて、一部の診療科について完全予約制により10月23日(月)外来診療スタートしています

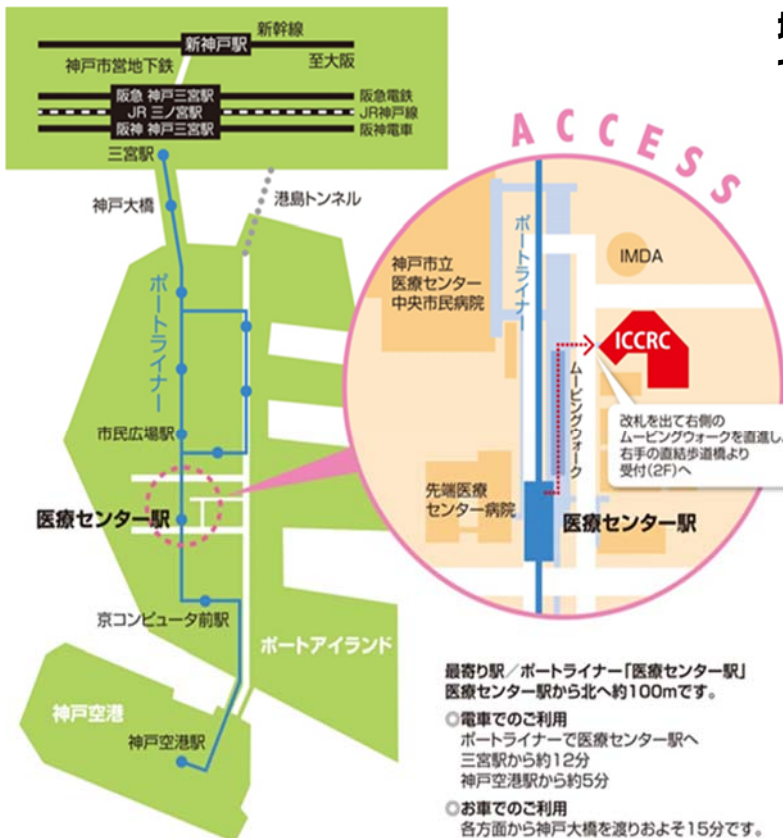
外来診療担当医表		月	火	水	木	金
外科 (肝胆膵外科・食道胃腸外科)	午前			味木	角	
	午後					
呼吸器外科	午前					
	午後	法華				
泌尿器科	午前					
	午後					山口
整形外科	午前					
	午後					河本
形成外科	午前		石田	石田		
	午後	石田				

#### <診療時間>

午前9時～11時、午後1時～4時

#### <標榜科>

外科(食道胃腸外科・肝胆膵外科)、乳腺内分泌外科、呼吸器外科、泌尿器科、整形外科、形成外科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、麻酔科、放射線科、内科



地域医療連携、外来診療については、下記のお問い合わせ先までお願いします。

#### お問い合わせ先

神戸大学医学部附属

国際がん医療・研究センター(ICCRC)

〒650-0047

神戸市中央区港島南町 1-5-1

TEL:078-302-7111

(平日9時～16時まで)

FAX:078-302-7147

(24時間受付可能)

最寄り駅/ポートライナー「医療センター駅」  
医療センター駅から北へ約100mです。

◎電車でのご利用  
ポートライナーで医療センター駅へ  
三宮駅から約12分  
神戸空港駅から約5分

◎お車でのご利用  
各方面から神戸大橋を渡りおおよそ15分です。  
三宮東の港島トンネルも利用できます。

神戸大学医学部附属国際がん医療・研究センター  
紹介予約申込書

事務室(地域医療連携) 宛 FAX (078)302-7147

※ 以下ご記入のうえ、紹介状を必ず添えてFAX送信してください。

【紹介元データ】

申込日 平成 年 月 日

貴院医療機関名			
住所 〒			
代表TEL ( )	—	診療科	医師名
担当TEL ( )	—	申込担当者名	
※ FAX(必須) ( )	—		

【予約希望診療科】 希望の診療科に○印をつけてください。※ 紹介状にも希望診療科をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	肝胆膵外科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	食道胃腸外科	<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	

【患者さんデータ】 ※選択するものは□にレ点を入れてください。太枠内は記入必須です。

氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年 月 日( 歳)
			昭・平	
	男・女	TEL	( )	—
旧姓( )	※お分かりでしたら記入ください			
患者さん受診状況	<input type="checkbox"/> 家族のみの受診	神大病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	診察券ID番号 ( )
外国の方の受診の際	①日本語は話せますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(不可の場合は何語が話せますか? 語) ②日本語を話すこと、理解することができる方は同行されますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記①・②がいいえの場合、通訳の手配が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい( 語)(一部負担金が発生します) <input type="checkbox"/> いいえ			
予約希望	ご都合の悪い日( ) ※ご都合の悪い日を除く最短日でご予約します			
緊急性(病状)	<input type="checkbox"/> 有(理由: )			
摘要(連絡事項)				

予約日確定後、連携ご担当部署へ「予約受付票」をFAXいたします。

診療科、医師によってはお返事にお日にちをいただく場合がございます。

※ 一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。

また、度重なる予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。

※ 受付時間(平日 月～金 8:30～17:00)以降のお申し込みにつきましては、  
翌業務日以降のお取り扱いとなります。FAXは24時間受付しております。

お問い合わせ先

TEL (078)302-7111(代表)