

あおやぎ

No.244
2011年1月



▲NICU/GCUにサンタがやってきました
4階西病棟 責任者

病棟長 藤山 純一
病棟副長 山田 祐美子

～410 西4

▲4階西病棟のお正月

▲4階東病棟のお正月

耳鼻咽喉科と「がん」～その2～ ②

地域連携パス「大腿骨頸部骨折」④

第1CT更新 さらにスピードアップ ⑤

パキスタンでの災害救助活動 ⑥

BSLの新しい方法について ⑦

外来診療案内 ⑧



県立中央病院の理念

県民の健康と生命を支える
安心と信頼の医療



耳鼻咽喉科と「がん」

～その2～

耳鼻咽喉科 ● 岡崎 慎一

喉頭がん

耳鼻咽喉科で治療を行う癌の中で、一番多いのがこの喉頭がんです。全癌の2%で、頭頸部癌（耳鼻咽喉科で治療を行う癌）の1/3を占めます。喉頭がんは、喉頭のどの場所に癌があるかで、声門上がん、声門がん、声門下がんの3つに分類されます。日本人では、人口10万人に対し男性が3.18人、女性が0.13人の割合でみられ、男性に多い癌です。癌の発生に関係があるのが喫煙と言われており、喉頭がんになった患者さんの97.3%が喫煙者で、Brinkman index（ブリंकマンインデックス：1日に煙草を吸う本数×煙草を吸った年数、たとえば1日に20本を40年間吸った場合は $20 \times 40 = 800$ となります）は、喉頭がんの患者さんで平均1000という調査結果より、喫煙が喉頭がんの発生に強く関連するといえます。

症状は喉頭の、どの場所に癌が発生するかで違ってきます。声門がんは声がれが最初に認められるため、癌が発生してから早い段階で自分の症状に気付くことが多く、早期がんの段階で医療機関を受診する場合はほとんどです。このため、声門がんは治療を早く行うことができますので、癌が治る可能性が高い癌といえます。これに対して、声門上がんと声門下がんは、病気が発生したばかりの頃は、自分で気が付く症状が少ないため、病気が進行して癌が大きくなってから声がれが出てくることや、リンパ節に転移して初めて気が付くことが多く、進行がんの段階になってからの受診がほとんどです。

治療は、早期がんの場合は、放射線治療やレーザー手術で癌を抑え込むことができますが、進行がんの場合は、喉頭全摘出術が必要になります。喉頭全摘出術を行った場合は、声を出すことが出来なくなるので、身体障害者3級に認定されます。

喉頭全摘出術後は、声を出すためのリハビリテーション（手術前と全く同じ声が出る訳ではなく、他の人にはやや聞き取りにくい声になってしまいます）を行うことが必要で、食道発声の練習や電気喉頭を使用しての発声訓練を行います。

上顎洞がん（鼻・副鼻腔悪性腫瘍）

鼻・副鼻腔悪性腫瘍の中で、最も多いのは上顎洞がん

です。欧米では少なく、日本ではかつて頭頸部癌の約1/3を占めておりましたが、最近著しく減少しております（上顎洞がんは全癌の1%）。慢性副鼻腔炎（蓄膿症）が、上顎洞がんの原因になると考えられておりましたが、慢性副鼻腔炎が長引いたり未治療のまま放っておいたりすることが少なくなったことで、上顎洞がんも減少したと言えます。

上顎洞は骨に囲まれた場所なので、初期の段階では症状は出にくく、進行・進展して鼻づまりや鼻出血、頬部腫脹などが出現し、さらには、眼球突出（文字通り眼が飛び出す）を起こすくらい進行してから来院されることもあります。鼻・副鼻腔悪性腫瘍は、癌が発生した場所により、鼻腔がん、上顎洞がん、篩骨洞がん、前頭洞がん、蝶形洞がんに分けることができますが、上顎洞がんがほとんど（75～90%）です。また、癌の発生した細胞の性質により、いくつかの種類に分けることができますが、扁平上皮癌と呼ばれる種類のものが一番多く（約80%）、これ以外にもいくつかの種類の癌が発生することもあります。

治療法は、先ほど述べた、どのような種類の癌であるかによって、治療法が異なり、一番多い扁平上皮癌では三者併用療法（抗癌剤、放射線治療、手術治療を組み合わせる治療法）が主体です。また、現在広く行われるようになった、超選択的動注化学療法により、より高い治療効果が報告されております。これは、心臓カテーテル検査のように、大腿部の動脈よりカテーテルを挿入し、頸部の動脈までカテーテルを入れて、上顎洞にある癌に栄養を送っている血管へ抗がん剤を濃い濃度で注入する治療法です。この治療のメリットは、高齢者で全身への抗がん剤の治療や手術が難しい患者さんでも、放射線治療と組み合わせることで、がんが治る可能性を高めることができるということです。当院では、脳神経外科の先生方と共同でこの超選択的動注化学療法を行っております。

症状が初期の段階で出にくいことから、進行がんになって来院される方が多く、治療による効果が出て癌が残ってしまうこともあり、進行癌の場合は眼球摘出術や頭蓋底手術（脳と鼻腔を隔てている骨を切除する手術）を行わなければならないこともあり、非常に治療が困難

な癌であるということが言えます。

また、鼻腔には、悪性リンパ腫というリンパ節に発生する病気の中でNK/Tリンパ腫という種類の悪性腫瘍が出ることもあり、血液内科の先生方と診断・治療にあたることもあります。

甲状腺がん

甲状腺から生じる癌で、全癌の1.1%の割合であり、いくつかの種類に分けることができますが、ほとんどの分化癌は経過が長く予後が良いことが特徴です。甲状腺癌は、女性に多く（人口10万人あたり男性は0.7人、女性は2.0人の割合で見られ、男女の割合は男性：女性＝1：3.4です）、若い方でも発症することがあります。しかし、45歳以上の患者さんでは進行の仕方や再発を起こしやすいかなどの性質が、45歳未満の方より悪いとされています。

甲状腺癌は、癌細胞の性質で、乳頭癌（約80%）、濾胞癌（約10%）、髄様癌（1～2%）、未分化癌（1～2%）、扁平上皮癌（0.2%）、悪性リンパ腫（1～2%）と分けられています。症状は、前頸部の腫脹がほとんどで、自分で気付くことが多いですが、他の人から指摘されたり、かぜなどで内科を受診した際にたまたま指摘されたりすることもあります。甲状腺癌の中で一番多い乳頭癌は、痛みを伴うことはなく、5～10年以上かけてゆっくり増大する場合がありますが、高齢者で急激に増大する甲状腺腫の場合、未分化癌や悪性リンパ腫のことがありますので、注意が必要です。癌が増大し、声帯を動かす反回神経に広がった場合、声がれの症状が出たり（8.1%）、空気の通り道である気管に広がった場合、血痰の症状が出たり（1.3%）することもあります。

治療は、手術が必要となり、癌の大きさや広がり、リンパ節転移があるかなどにより切除範囲が異なりますが、甲状腺半葉切除術、甲状腺垂全摘出術、甲状腺全摘出術と頸部郭清術が行われます。周囲の組織に広がっている場合には、気管部分開窓術、喉頭合併切除術、食道部分切除術を同時に行うこともあります。甲状腺の手術に際し、声帯を動かす反回神経を残せるかどうかで、術後の発声や飲み込みに影響が出てきます。我々は、腫瘍が反回神経に接している場合でも、できるだけ腫瘍を神経からはがし取ることを心掛けており、やむを得ず神経を腫瘍と共に切除しなければならない場合は、神経同士をつなぎ合わせたり、他の神経とつなぎ合わせたりすることで、術後の声帯の筋肉の委縮を少なくすることを目指した手術を行っております。

唾液腺がん(耳下腺がん、顎下腺がん、その他)

唾液腺とは、耳下腺、顎下腺、舌下腺などの大唾液腺と呼ばれる部位と、口腔内の粘膜に分布する小唾液腺と呼ばれる部位に分けることができますが、このいずれにも癌が発生することがあります（全癌の中の0.7%）。頭頸部癌の中の5%が唾液腺がんですが、唾液腺がんには様々な種類（性質）のものがあり、現在分類されているだけで17種類以上のものがあるとされています。耳下腺と顎下腺には良性腫瘍が発生することもあります。耳下腺腫瘍は良性腫瘍が多く悪性腫瘍は少ないのに対し、顎下腺腫瘍は悪性腫瘍の割合が多いため、あごの所が腫れたかな？なんて思った際は、すぐに耳鼻咽喉科を受診いただくことをお勧めいたします。

症状は、耳たぶの前や下の所が腫れたり、あごの骨の下の所が腫れたりすることがほとんどですが、腫れに気が付いてからの大きさの変化が急激に大きくなった場合は、悪性腫瘍の可能性が高く、食事をした後に大きくなったり痛みを繰り返したりする場合は、唾石症と呼ばれる良性の病気の可能性が高いと考えられます。耳下腺腫瘍の場合、耳下腺組織の中を顔面神経と呼ばれる、顔を動かす働きに関係する神経が通っているため、耳下腺癌の場合は顔面神経麻痺が生じたり、耳下部の痛みを伴うこともあります。

治療は、手術治療が主体で、耳下腺癌の場合は癌の広がりにより、顔面神経温存手術（顔面神経を残す手術）と、顔面神経も切除する耳下腺全摘出術に分けられます。甲状腺腫瘍の場合は、術前の細胞診検査（腫瘍に針を刺して細胞を採取しこれを顕微鏡で見ても悪性の細胞が認められるかなどを見る検査）が有効であり、手術前に悪性の可能性が高いかを判断することができますが、唾液腺がんの場合は、術前に、悪性か良性かを判断することは難しく、良性腫瘍と考えて手術を行った結果が癌であったということも少なくありません。

唾液腺がんの予後（治療後の生存の確率）は非常に悪く、耳下腺がんでは頸部リンパ節転移が30～50%に認められ、遠隔転移（全身への転移）としては肺転移が多く（全身へ転移した患者さんの中で肺に転移する方は80%）、5年生存率も非常に低いとされています。

前回、今回と、我々耳鼻咽喉科で治療を行う「がん」についてお話してまいりましたが、これまで皆様がお聞きになったことがないような病気もあったのではないのでしょうか？癌全体の中では、非常に数か少ないといえますが、もしあなたやあなたの御家族で、首が腫れてきたり、口の中が腫れてきたりした方がいらっしゃった場合は、迷わず耳鼻咽喉科の医師にご相談ください。

「大腿骨頸部骨折」

山形県立中央病院 整形外科 ●石川 朗

転倒によって起こり易い高齢者の骨折

私たちの骨の硬さや丈夫さは、骨密度として測定する事が出来ます。大人の骨の骨密度は、統計上44歳頃から急速に減少し始め、60歳頃から緩やかな減少に移行し、その後も減少し続けます。骨の加齢現象の始まりと同時に、体の中では筋力の低下も始まります。その結果として、体を支える力および筋バランスが低下し、関節機能が衰え、骨粗鬆症と伴に骨折が起こり易くなります。65歳以上の高齢者が転んだ際に起こし易い骨折を3つ挙げると、腰や尻もちを着いて後ろ向きに転んだ際に起きる背骨の骨折（脊椎圧迫骨折）、前のめりに手を着いて転んだ際に起きる手首の骨折（橈骨遠位端骨折）とバランスを崩し膝や太ももを打って転んだ際に起きる足の付け根の骨折（大腿骨頸部骨折）があります。これらの中で、歩けなくなったり、動けなくなったりする骨折が大腿骨頸部骨折です。整形外科の領域でも急いで手術が必要となる骨折です。

骨折は、早く手当が必要

高齢者は、脳や内臓の病気で治療することが多く、骨折によって貧血や体液の障害（脱水）が加わることで、体調を崩し易くなります。このため、骨折への対応として、骨折部からの新たな出血を予防し、骨折の痛みを防ぐための牽引や手術が導入されます。大腿骨頸部骨折の手術には、骨接合術と呼ばれる方法と人工骨頭挿入術の2通りがあります。骨接合術は、骨折部をつなぐ固定術です。人工骨頭挿入術は、骨折した大腿骨頭を金属製の骨頭・頸部・髓内挿入部が一体化した人工骨頭で置き換える手術です。いずれも、早期離床をめざし、術後間もない時期から歩行訓練のリハビリを可能にするものです。

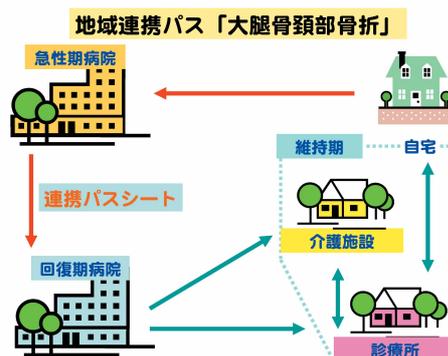
急性期治療から回復期治療への地域連携

大腿骨頸部骨折を受傷した患者さんや家族の方は、手術で再び立ったり、歩けるようになるのか、心配されると思います。これに対しては、術後の事も含めて治療全体の流れと歩行再開の見通しを説明することが必要で、これにより患者さんは数週間先の退院時の歩行状況を思い描いたり、家族の方は受け入れの準備をすることができるようになります。その目標に向けて、患者用のパスシート（スケジュール表）が考案され、治療の流れが説明されるようになりました。治療の実際は、手

術から抜糸までの約2週間を急性期と呼び、この間に手術部位が問題なく、術後の肺炎、創感染等の合併症がなく経過した際は、急性期の治療を終えます。その後地域連携を通じて転院しますが、転院後のリハビリ治療期間を回復期と呼びます。手術日から起算して、骨接合術を受けた患者さんは10週間、人工骨頭挿入術を受けた患者さんは8週間の中で、回復期治療を終えて退院することを目標にしています。大腿骨頸部骨折後には、筋力も落ちて歩く力も低下します。そのため歩行能については、一つレベルを下げた目標を立てて訓練を開始します。

回復期から維持期へ広がる連携

大腿骨頸部骨折の治療において、急性期病院および回復期病院が、それぞれ治療で行うべきことを定め、計画した通りに治療が進んでいるか否かを検証できるように考案された治療のスケジュール表を地域連携パスと言います。平成19年4月からは、山形県村山地区の13病院が加わり運用が開始されました。治療が切れ目なく一貫して行われるよう、治療上も標準化された内容のパスシートが患者さんの転院と伴に、急性期病院と回復期病院との間で移動する治療法です。平成22年4月からは、回復期病院を退院した後の時期（維持期と呼びます）の診療について、診療所、介護施設との間で連携を行うこともはじまりました。経過フォローと再骨折の予防に関する連携を行うことが、維持期の目標になりました。これまでも、一度大腿骨頸部骨折を罹患した患者さんが、その後反対側の大腿骨頸部骨折を受傷することがあり、およそ2年以内に骨折することが多いと言われてます。こうした骨折を予防する取り組みが、さまざまな職種（病院、診療所、介護施設、行政など）が関わる連携として始まろうとしています。



第1CT更新 さらにスピードアップ

中央放射線部 ● 瀬野昌文

第1CT室に東芝社製のAquilion ONE320列CTが新たに導入されました。検出器は、64列の5倍で320列です。0.5mm×320列ですから、16cmの幅があります。16cmの幅があると、心臓、頭部全体を1回転でスキャンできる優れものです。元々動いている心臓検査、体動が止まらない患者さんの頭部検査を1回転でスキャンできることは、今までよりもさらに良い画像を提供できるものと思います。

さらに、16cmの幅を何回転も撮影できるので、頭部のパーフュージョン（脳血流）検査も脳全体をカバーできます。同時に頭部の血管も撮影できるので診断の幅も広がるはずですよ。



寝台を移動しながら検査するヘリカルスキャンは、160列ヘリカルも使用できるので、胸～骨盤までの範囲が2秒くらいでスキャンすることができます。

また、輪切の画像で針の動きがわかるCT透視の機能があり肺生検等のバイオプシー検査は、今までよりもさらに検査がスムーズに進めることができます。



今回CTの更新に伴い、3Dワークステーションが3台増設されました。バージョンアップされたワークステーションですので、以前より処理速度も速く、3台同時アクセスしても重く（処理速度）感じることなく、使用できます。

以前はワークステーションが1台しかなかったために順番待ちがありましたが、それが解消されることと思います。

今後とも、CT検査の運用におきましては、ご協力の程よろしく願いいたします。

国際緊急援助隊医療チームの一員として パキスタン・イスラム共和国の 洪水被災者支援に行ってきました

薬剤部 ● 萬年琢也

2010年7月21日から1週間に渡り降り続いた記録的な豪雨により、パキスタン・イスラム共和国では何千もの町や村が押し流され、1800人以上が死亡、被災者は国民の12%となる2000万人、被災地域は国土の1/5にまで及びました。その後も人々は汚染した水を飲み、泥と残骸のなかでの生活を余儀なくされていました。この災害に対して日本政府は、23万ドルの緊急支援および国際緊急援助隊医療チームの派遣を行いました。私は、医療チーム2次隊の薬剤師として、パンジャブ州ムルタン近郊で行われた医療活動に参加してきました。

1次隊、2次隊を併せた日本の医療チームの活動は9月5日から同22日まで行われ、災害発生から1か月以上を経過



▲我先にと殺到する被災患者

していたにもかかわらず連日多くの傷病者が殺到し、患者数は延3500人を超えました。患者さんの病状は下痢、腹痛、皮膚病、マラリア感染が多く、とくに子どもは全体の患者数の6割をしめました。

低体重、低栄養でのマラリアの発病は、そのまま何もできなければ死亡まで至ることもあります。このたびの活動で何よりも心を痛めたのは、子ども達の発育状態の悪さでした。

母子保健活動を担当した看護師の話によると、母乳分泌に問題はないにもかかわらず、基本的な子どもの抱き方や乳首の吸わせ方、ゲップのさせ方に問題があり、母乳を満足に与えられていない母親が多

くみられたそうです。マラリアの薬を飲ませるときにも、嫌がる子どもに経験したことがないであろう苦い薬を無理やり口に



▲母乳指導後に母乳を飲み始めた乳児と笑顔を取り戻した母親

手で子どもの口と鼻を押さえて飲め飲めと頭をゆする親が多くみられました。母乳が唯一の栄養、免疫源であり、マラリアには薬による早急な治療が必須となる乳児にしてみれば、母乳や薬の飲ませ方に不慣れた環境そのものが一番の災害なのかもしれません。

日本とは異なる習慣や文化のなか、日本の医療チームがどのように現地の被災者に評価されたのかわかりません。ただ、ぐったりと力なく受診した患者さんあるいはその家族が、後日明るい表情と親しみの笑みで訪れてきてくださったことは、私たちの大きな活力となりました。

パキスタン・イスラム共和国に限らず、今なお、世界では様々な災害により多くの方々が被災している状況にあります。被災地の一日も早い復興を祈願す



▲嫌がる子どもの口を開ける祖母と母親に戸惑う薬剤師(私)

るとともに、この一年が、皆さまにおかれましても災害のない、安全で健やかな年となることを祈念いたします。

BLS (Basic Life Support; 一次救命処置) の新しい方法について



7階西病棟 看護師 ● 池田直樹

皆さんはBLSという言葉をご存知ですか？BLSとは、胸の真ん中を押す胸骨圧迫（心臓マッサージ）と口対口の人工呼吸、AED（自動的に電気ショックを与える機械）の使用を行う、救命処置のことです。

当院では毎月1回BLS講習会を開催し、院内全職員にBLSを広める活動をしています。現在BLSとして普及しているのは2005年に発表された方法（G2005）ですが、蘇生率などを高めるための研究が日々行なわれています。その研究の結果により2010年10月に新しい方法（G2010）が発表されました。

では、今まで行われてきた方法が間違っていたのでしょうか？いえいえ、そうではありません。2005年の時点ではそれが最善の方法でした。その後更に研究が進み、よりよいと言われる方法が発表になったのです。

BLSは国によって若干方法に違いがあります。当院では日本全国、もちろん山形でも多く講習会が開催されているAHA（アメリカ心臓協会）が推奨する方法に沿って講習会を行っております。ここではAHAのG2010の中の成人を対象としたBLSを中心にご説明させていただきます。

G2005でも突然倒れた場に居合わせた人（バイスタンダー）がBLSを施すと蘇生率が高くなると言われてきました。しかし、「人工呼吸はしたくない」、「見知らぬ人の素肌に触れることに抵抗がある」などの理由から病院外で倒れた人の大半はBLSが施されない状況でした。

G2010では、バイスタンダーによるBLSが救命のために最も重要であるとしています。その手順は、1)肩を叩いて呼びかける。同時に「反応があるかどうか」と「普通の呼吸をしているかどうか」を見る。2)それらがなければ119番通報をして近くにAEDがあれば取ってくる。（誰か他の人がいればその人に依頼する）3)胸の真ん中の圧迫（胸骨圧迫）のみ行い続ける。4)AEDが来たら使用する。これが市民の方が行うBLSです。BLS実施率の向上を図るために、気道確保や人工呼吸などは行わなくてよいとされています。

医療従事者のように訓練を積んでいる人は、脈拍を確認したり、3)で「胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を繰り返す」ことが推奨されています。ただ、人工呼吸に10秒以上かけてしまうと蘇生率は悪くなるとされて

いるため、なるべく短時間で行う必要があります。

胸骨圧迫も押せばよいというものではありません。より効果的にするために「強く、速く押す」とされています。どのくらい強くかというところ「胸が5cm以上沈む（以前は4～5cm）」くらい押し、1度押したら圧迫を解除して胸を元の位置まで戻すことが重要です。灯油を給油タンクに入れるときの手動ポンプ（ペコペコポンプ？）を思い浮かべてください。グッと握ることで灯油が出ます。その後、握る力を抜かないと次に送り出す灯油がポンプの中に入ってきませんよね？心臓も同じです。

速さは胸を押すテンポを表します。これは「毎分100回以上（以前は毎分100回）」の速さです。まとめると「胸の真ん中をとにかく強くとにかく速いテンポで押す、ただし1度押したら胸が元の位置に戻ってから押す」ということになります。

現在AEDは様々な場所に設置されています。今度、近所のスーパーに行ったら入り口やサービスカウンターをご覧ください。AEDを置いてあることが明示されています。

G2005でAEDは1歳未満の乳児に使うとよいかどうか不明でした。AEDを開けてみたことがある方はいらっしゃるでしょうか？AEDを開けると傷病者の胸に張るパッドが入っています。大人の絵が描いてある成人用パッドの他に、子供の絵が描いてある小児用パッドが入っている場合があります。小児用パッドは電気ショックのエネルギーを小児に適切なエネルギーに減らしてくれます。そのため小児用パッドは、8歳以上の傷病者には効果がなくなるので使用できません。G2010では小児用パッドがあれば小児用パッドを、なければ成人用パッドを1歳未満の乳児に使用してよいと勧告されました。ただし、パッド同士が重ならないように貼る必要があります。

まだ細かいところの実施方法や教育方法が伝わってきていないため、G2010の講習会は行っておりません。明確になり次第、講習会に取り入れていきたいと思っております。

誰もがバイスタンダーになってしまう可能性があります。その時倒れた人の命を助けるためには、バイスタンダーになってしまったあなたがBLSを行うことが1番大切なのです。

外来診療案内

この病院で初めて診察を受ける時は

総合受付（初来院受付）に診察申込書と問診票及び紹介状（紹介状をお持ちの方）を提出のうえ、受付してください。なお、総合窓口受付開始時間までは所定の受付ボックスに入れてください。

再来の時は

予約の有無に関わらず、再来受付機で受付してください。受付票と診察券を受け取り、各科外来ブロック等にお越しください。（再来受付機は、午前7時30分からご利用になれます。）

各診療科を初めて受診する時は

総合受付（再診受付）に所定の問診票を提出のうえ、受付してください。

診察券をお持ちでない方は

総合案内又は、再診受付に申し出てください。診察券は全科共通で、永久に使用しますので大切に保管してください。

保険証は・・・

総合受付（再診受付）又は、各科ブロック受付に必ずご提示ください。初来院の方は保険証のご提示がないと全額自己負担になります。

- ①月が変わって初めて診察を受ける時
- ②保険証が変わった時
- ③住所・電話番号が変わった時

初来院受付時間

午前8:00～11:30

■ただし、眼科の水・木曜日の受付は、11:00まで

ブロック	診療科	診療曜日
A	内科	月火水木金
	循環器内科	月火水木金
B	整形外科	月火水木金
	眼科	月火水木金
	歯科口腔外科	月火水木金
C	脳神経外科	月火水木金
	泌尿器科	月火水木金
	心療内科	月火水木金
	神経内科	月火水木金
D	産婦人科	月火水木金
	耳鼻咽喉科	月火水木金
E	小児科	月火水木金
	皮膚科	当分の間休診
	形成外科	※火水木※
F	外科	月火水木金
	呼吸器外科	※火水※金
	心臓血管外科	※火水※金
放射線科	放射線科	月※水木金

※は休診日です。受付しておりませんのでご注意ください。

外来診察に係る再来患者さんの電話予約及び予約変更については、医療相談支援センターで受け付けております。

TEL 023(685)2620 (13時～16時)

「かかりつけの先生」からのFAX予約も受け付けております。待ち時間も少なくてすみませので「かかりつけの先生」にご相談ください。

FAX 023(685)2606 (平日 8時30分～18時
土曜 8時30分～14時30分)

山形県立中央病院

INFORMATION

お知らせ

拾得物、遺失物の問い合わせ

- 当院で落とし物や忘れ物をされた場合、原則として次のとおり取り扱います。

拾得物	取り扱い
現金、財布	翌日警察署に届け、警察で3か月保管します。
キャッシュカード	当日、各金融機関に連絡し、持ち主が現れない場合は2、3日後に、発行金融機関に返却します。
免許証、保険証	当日持ち主に連絡します。持ち主に連絡が取れない場合は2、3日保管し、その後発行者に返却します。
診察券	1階の再来受付でお預かりします。
上記以外	2か月総務課でお預かりします。

※院内のいずれにも届いていない場合、落とし主の氏名、電話番号、落とし物の具体的な特徴などを確認し、届いた場合、こちらからご連絡いたします。

- 拾われた方は随時、近くの窓口にお持ちください。

問い合わせ

総務課庶務係
023(685)2626 内線3111