

一過性脳虚血発作(TIA) -前兆の発作について-

脳卒中部門長 神澤 孝夫

今回は、TIA（一過性脳虚血発作）についてです。先日、外来診察中にこんなことがありました。

看護師：「木診療所からで、65歳の男の人で、今朝、呂律不良と左手足が動かなくなった人、診てくれますかって、連絡入っています。」

私：「それなら、救急車で来てもらった方が良いでしょう。まだ、**脳梗塞急性期治療が可能かもしれません！**」

看護師：「それが、症状はもうよくなってしまって、患者さまが今日は仕事に行くので、明日でもいいかって言っているらしいんです。私も説明したんですけど、先生電話変わってもらっていいですか？」

私：「はいはいはい、いいですよ。ちょっと次の患者さん待ってもらってください。」

看護師：(笑)「はいはいですね、先生。忙しいといつも、はいはいって。ちゃんと聞いてます？」

私：「聞いてます！とにかく、電話貸してください。」

私：「木先生いつもお世話になります。外来中でして、先日は血压の講演していただきありがとうございます。それで、TIA のようですが...」

木先生：「お忙しいところすみませんが、私はTIAと思うんです。今朝7時半ですか、顔を洗っていたら、くらーっとして倒れるほどではないですが、右手足の違和感と脱力だそうです。30分くらい横になっていたら良くなったようですよ。」



片側の顔面と
手足が動かない
しびれる



片目が見えない
物が二重に見える



言葉が出ない
人の話が理解できない
呂律が回らない

私：「麻痺が30分続いて消えてしまったということですね。年は65歳でしたか。それで、既往歴はどうですか。」

木先生：「私のところに1年前から来ていまして、血压と糖尿病でかかっていますよ。ほら先生、出町の山産業の社長さんですよ。ちなみに、先生が言っていたABCD2スコアで7点ですよ。今日は会議があるから、明日でいいかって言うんですよ。」

私：「あー、あの方ですね。いろいろ忙しいでしょうけど、先生の言う通り頭の発作に違いないと思います。24時間以内に倒れる可能性もありますって言ってください。頭部MRI検査して入院を勧めますので。」

木先生：「奥さんとすぐ向かわせますので、よろしくをお願いします。」

私：「車の運転はしないように、山社長に言ってください。(電話を切る)」

私：「これから、65歳のTIAの人が来ます。開業医の先生の話では、ABCD2スコア：7点だそうです。来たらずぐ検査できるようにしてください。入院を勧めます。」

看護師：「はい、わかりました。MRIできるようにしておきます。でも先生、症状が良くなっているのであれば、検査しても異常が出ないってことないんですか？」

私：「それが、そうでもないです。CTの時代は、確かに脳梗塞がわからないということもあったようですが、MRIの時代になって、症状が良くなった人でも、脳梗塞が出ている人がいます。症状が良くなっているのは、頭の軽い発作です。様子を見ましようと言われていた人の中に、実は脳梗塞を起こしている、脳の血管が細くなっている、首の血管が細くなっている、心臓に不整脈をもっている人などがいることがあり、発作が疑われたら早く検査して、どこが悪いか異常を見つけることが大事なんです。TIAを放置してしまうと、3か月以内に大きな脳梗塞をおこしてしまう人が、10～15%いるんです。」

看護師：「10人に1人は倒れるんですか。」

私：「そうです。それも、TIAを起こした直後が一番危ないのです。だから、良くなっても入院してどこの血管が悪いのか、あるいは心臓からの塞栓の発作なのか、早く見極めてそれらにあった抗血栓療法を早く始めないとなんです。」

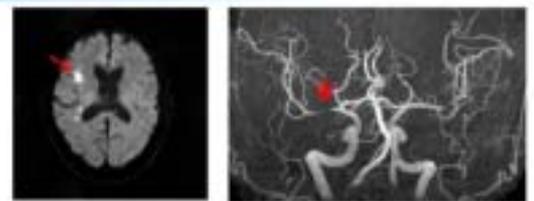
看護師：「次の発作が来てからでは、後遺症を生じたり命にも関わりますもんね。頭部MRIのほかに、採血、心電図、心臓エコー、頸部動脈エコーも追加ですね。」

私：「そうです。頭以外の検査も必要です。軽いうちに短期入院ですね。後遺症を生じて、数ヶ月の長期入院なんてならないうちに。」

看護師：「で、山社長、説得してくださいよ。先生。」

私：「は、はい、はいはい。」

TIAの患者



一過性に麻痺がでた患者さんです。歩いて来院、もうなんでもないと言っていました。脳梗塞(左赤矢印)を生じており、脳の血管の細いところが見つかりました(右赤矢印)

ABCD2スコア：一過性脳虚血発作(transient ischemic attack:TIA)は脳梗塞の前兆となる病態として重要です。TIA発症後早期の再発リスクを層別化する代表的なスケールとしてABCD2スコアがあります。

A：age 年齢 60歳以上(1点)

B：blood pressure 血圧 140/90mmHg以上(1点)

C：clinical features 臨床像 片麻痺(2点) 運動麻痺のない言語障害(1点)

D：duration of symptoms 持続時間 10～59分(1点) 60分以上(2点)

D：diabetes 糖尿病 (1点)

の頭文字を取って名付けられたもので、これらの合計点数(合計5項目・最高7点)によって脳卒中再発リスクを評価します。2日以内の再発率はABCD2スコアが0～3点で1.0%、4～5点で4.1%、6～7点で8.1%になります。

また、ABCD2スコアに加えて、MRI DWIの陽性所見(新定義では脳梗塞にあたる)やMRAでの主幹動脈の閉塞病変も早期再発リスクであることが報告されています。最近の欧米の報告によると、TIA患者の10～15%が3ヶ月以内に脳梗塞を発症し、そのうち約半数は最初の2日以内です。また、TIAの発症後6時間以内、12時間以内、24時間以内の脳卒中発症リスクはそれぞれ1.2%、2.1%、5.1%であり、1ヶ月以内に再発した患者のうち42%は最初の24時間以内であったという報告もあります。

CONTENTS

表紙	脳卒中と運動の話 ~その2~	1
報告	インフルエンザのお薬について.....	4
	部署紹介“看護部5階病棟”	5
	“理学療法科”	6
	“栄養科”	8
	神経難病の対するリハビリテーション	10
	地域交流推進委員会からのご報告.....	11
	料理レシピ「おせち料理」	12
	外来診療医一覧表.....	14

財団法人脳血管研究所関連施設

美原診療所



372-0048

群馬県伊勢崎市大手町 6-23

TEL 0270-25-0112

FAX 0270-23-5522

介護老人保健施設



アルボース

372-0006

群馬県伊勢崎市太田町 427-3

TEL 0270-21-2700

FAX 0270-21-2704

訪問看護ステーション



グラーチア

372-0048

群馬県伊勢崎市大手町 2-24

TEL 0270-20-7676

FAX 0270-20-7677

居宅介護支援事業所

みはら



372-0006

群馬県伊勢崎市太田町 427-3

TEL 0270-20-1551

FAX 0270-21-2704

ケアプランセンター

みはら



372-0006

群馬県伊勢崎市太田町 427-3

TEL 0270-21-2703

FAX 0270-21-2704

特別養護老人ホーム

アミーキ



379-2217

群馬県伊勢崎市磯町 435-1

TEL 0270-20-2121

FAX 0270-20-2197

ホームページアドレス : <http://mihara-ibbv.jp/>携帯電話専用アドレス : <http://mihara-ibbv.jp/hp/k/>

インフルエンザのお薬について

薬剤部 森田 智春

インフルエンザとは、インフルエンザウイルスによって引き起こされる呼吸器感染症で、普通の風邪とはまったく違う病気です。発熱や頭痛などと一緒にのどの痛みや鼻水など風邪に似た症状や、40度近い高熱が出る、体の節々が痛いなど全身にさまざまな症状があらわれます。重症化すると体力のない高齢者や乳幼児などでは生命にかかります。

今回はインフルエンザの治療に使用される、お薬と注意点について紹介いたします。

インフルエンザのお薬

インフルエンザに使用されるお薬は、インフルエンザウイルスの増殖を抑える作用があり、剤形の違いから次の5種類があります。

【飲み薬】タミフルカプセル、シンメトレル錠

【吸入薬】リレンザ吸入薬、イナビル吸入薬

【点滴薬】ラピアクタ点滴薬



インフルエンザの注意点

Q. 症状が出て48時間以内に受診した方がいいといわれていますがなぜですか？

A. 体の中に入ったインフルエンザウイルスは猛烈な勢いで増え続けて、症状が出てから2～3日後（48～72時間後）に最も数が多くなります。そのため、ウイルスの量が最大になる前、つまり症状が出てから48時間以内に抗インフルエンザ薬を使って増殖を抑えれば、病気の期間を短くし、症状の悪化を防ぐことが出来る可能性があるというわけです。ウイルスの数が少ないほど効果が大きくなりますから、早めの治療ほど効果的です。

Q. お薬を飲みきる前に症状が改善した場合、余ったお薬は飲まなくても良いですか？

A. 上でも述べたように、体内のウイルスは感染後2～3日後（48～72時間後）に最も数が多くなります。その後は減速していくものの約5日後までウイルスの排泄が見られることから、処方医の指示に従い飲み終わるまで服用を続けていただくことが必要です。

インフルエンザかな？と思ったら早めに医療機関を受診することが重要です。

その際には、インフルエンザウイルスの飛沫*を吸ったり、飛び散ったりするのを防ぐためにも必ずマスクを着用しましょう。

飛沫*：咳やくしゃみなどの際に口または鼻から噴出される細かい唾液や粘膜のこと

部署紹介

看護部：5階病棟 (回復期リハビリテーション病棟)

当病棟は、主に脳卒中の治療を終了した後の機能回復を目的としたリハビリテーションを行う病棟です。

障害により自立した生活を送ることが困難となった患者様が、“その人らしく生きることの出来る”新たな生活を送る為に必要なリハビリテーションを行い、介護を行うご家族と共に、医師、看護師、リハビリスタッフ、医療相談員などスタッフ一丸となり、早期の在宅復帰や社会復帰を目指して、日々身体的・精神的支援を行っています。

病棟看護師が、リハビリ時間以外にも病棟内で積極的に歩行訓練などを行っています。

(写真1, 2)



写真1



写真2



写真3

ケアの統一と看護の質の向上のために、リハビリスタッフを交え、毎日患者様へ対しての話し合いを行っています。(写真3)

安心して在宅退院できる為に、ご家族へ介護指導も行っています。(写真4)



写真4

リハビリテーション科：理学療法科（PT）

理学療法科は、一般病棟7名、障害者施設等一般病棟（外来兼務）4名、回復期リハ病棟22名（11名、11名）の計33名で業務を行っています。私たちは、脳卒中などにより身体又は精神に障害を持った患者さまを対象に、基礎・応用練習を通じて、歩行などの様々な動作が再びできるように援助を行っています。また、ご家族への介護方法の指導、住宅改修などの環境改善の提案も行っています。

今回は一般的な仕事の紹介ではなく、普段あまり耳にすることがない「リハビリテーションの難しさ」について、医療者側の視点からお伝えしてみたいと思います。

【リハビリの過程も、結果の判定にも患者さまの参加が必要】

すべての医療は患者さまの参加を必要としますが、リハビリは特に患者さまの参加を必要とする**能動的医療**です。例えば、頭が痛い時に薬を飲めば本人のやる気に関わらず頭痛は軽減します。しかし、リハビリは良くなる過程（練習の実施）はもちろん、リハビリの効果を判定する際にも、獲得した動作を日常生活の中で実際に患者さまが行っていただいているかどうかで判定しますので、患者さまの参加が必要です。つまり、いくら我々が努力したとしても、患者さまがやる気になって練習を行ってくれないと先に進みませんし、また、能力を上げただけでは結果が出たということにはならず、上がった能力を生活の中で使っていただければじめて結果が出たこととなります。その意味からすると、理学療法士はスポーツにおけるコーチのような存在です。コーチも、自分で試合に出るわけではなく選手を分析して練習メニューを組んで、やる気ができるように工夫しながら練習に励んでもらい、試合に出て勝ってもらってはじめてコーチの役割を果たしたことになります。

【失敗の許されない世界】

スポーツの世界では、通常、多くの失敗を繰り返しながら新しい技を習得していきます。しかし、リハビリにおいて、歩行を獲得していこうと思えば、1回転ただけでも骨折して取り返しがつかなくなることもありますので失敗は許されません。失敗をさせずに能力を上げていくのはとても難しく、いろいろなことを考慮しながら慎重にリハビリを行っています。



【時間との闘い】

現在の日本は非常に借金の多い状態であり、医療費が増えることを抑えるために国はなるべく入院期間を短くしようとしています。健康な人でも、趣味やスポーツにおいて新しいことを習得するのに数ヶ月の期間ではなかなか大変だと思いますが、身体や精神に障害を持ってしまった方に対して、様々な動作を数ヶ月で習得してもらうのは、ご本人や我々スタッフにとっても至難の業です。

【頭と身体と気持ちをフルに使う仕事】

よく身体を使う仕事を肉体労働、頭を使う仕事を頭脳労働と呼びますが、リハビリは、重度の障害を持った（時には自分より大きな）患者さまの身体を動かしたり介助したりするので肉体労働ですし、それぞれの患者様の状態を分析したりリハビリ内容を考えますので頭脳労働の部分もあります。また、

時には患者さまを励まし、時には指導をするなど、その時の気分に関わらず感情をコントロールしながら患者さまと接する必要がありますので感情労働でもあります。このように、理学療法士は肉体労働、頭脳労働、感情労働のすべての要素を併せ持った仕事です。

[幅広い知識・技術が求められる]

リハビリの対象は、患者さま本人（への練習）ではありません。ご本人の能力を上げていく練習も大事なことです。必ずしも100%回復するとは限りませんので、そのような時はご家族に対して介助方法の指導をさせていただいています。ご家族の介助が上手くなることで、ご本人の能力は変わらなくても本人ができることが増えることもあります。また、住宅環境を変更したり、装具や福祉用具を使用するなど、環境を変えることによっても、できることが増えたり介助が楽になったりします。このようにリハビリは、「患者さまご本人」だけでなく、「ご家族」、「環境」の3者に対して行っていくしますので、幅広い知識や技術が求められます。

[人間相手の仕事]

医療は人間相手の仕事であり、それ故にとっても難しい仕事です。極端な例ですが、電気製品の修理と人間の医療との違いについて考えてみましょう。電気製品が壊れたとします。電気製品の場合は痛がることも嫌がることもなく分解して検査が可能ですしほぼ間違いなく故障原因がわかります。部品交換が可能ですし、仮に修理不可能であっても買い換えることができます。修理代金は簡単明確で、修理内容についての説明も、原因やその後の作業に関して細かく行うことができ、お客さんも納得がいくことがほとんどです。それに対して医療はどうでしょうか。人間が病気になった時、検査を行いますが、必ずしもすべてがわかるとは限らず原因不明なこともあります。その検査を行う際も苦痛があったり、そのために拒否や勝手に動いてしまってうまく検査ができないこともあります。治療を行う時にも、うまくいくとは限りませんし、もちろん身体の病気の部分だけを交換することもできません。医療費の計算は国が定めたものに従って行いますが、非常に複雑難解です。医療内容の説明においても、原因や治療、今後の見通しに関して完全に説明することができない場合があります。このように、人体は電気製品と異なり交換のきかない貴重なものであるにもかかわらず、原因の特定や治療が必ずしもうまくいかないこともあり、患者さまやご家族にとっても、説明を受けても納得あるいは受容ができないこともあります。

今回お伝えしたように、リハビリはとて難しい仕事です。また、病院というのは、患者さまやご家族の人生の中でも、とても影響の大きい場所です。

この重大さを肝に銘じ、そして難しいからこそやりがいを持って、今後も業務に専念してまいりたいと思います。



理学療法科スタッフ

栄養科

栄養科は、病院管理栄養士 5 名、栄養士 2 名、調理師 11 名、パート 16 名、老健管理栄養士 1 名、調理師 2 名の総勢 37 名で業務を行っております。提供食数は 1 日平均 1,200 食程度になります。

当院は脳血管疾患に特化した専門病院で、入院される患者さまは口から食事を摂ること、「口に食べ物運ぶ」「噛む」「飲み込む」等、普段何気なく私たちが行っている「口から物を食べる」ことが困難な場合が多く見受けられます。そこで、口から食べることが困難な方に「誤嚥(ムセ)の少ない安全な食事」「安心して食べられる食事」そして、当然「美味しい食事」が提供できるように栄養科一同日々努力しています。

食事の軟らかさ、おいしさに配慮することはもちろん食事形態も様々な種類があります。その代表的な形態として、

きざみ菜 = 噛む力が弱い方を対象に食材を刻んだ形態

- ・ 1mm (極きざみ菜 : 写真 1)
- ・ 5mm (きざみ菜 : 写真 2)
- ・ 7mm (粗きざみ菜 : 写真 3)



写真 1



写真 2



写真 3

ミキサー菜 = 飲み込む力が弱い方を対象とした以下の形態があります。

- ・ 流動状 : 極きざみ菜ミキサー食を裏ごしし、喉ごしを良くします (写真 4)
- ・ ムース状 (写真 5)



写真 4



写真 5

調理師は、病棟で栄養管理を行っている管理栄養士と連携し、患者さま個々に最適な食事を提供しています。

また、管理栄養士は、病棟で患者さま一人ひとりの必要栄養必要量を算出し、食事提供に繋がります。提供する食事を全部食べていただければ、その方の栄養量は不足してしまいます。そこで、食事の摂取量がどの程度か、食べられない原因は何か、ではどのような食事内容調整を行えば必要栄養量が確保できるかなど食事時に訪問し（写真6）、摂取量の把握や多職種からの情報を集め（写真7）、最適な食事が提供できるように努めています。



写真6

患者さまの食べ具合を見ています



写真7

言語聴覚士と食形態について検討します

私たち栄養科は、栄養状態の維持・向上のために栄養素を「料理＝食事」として提供できる唯一の専門職であり、その専門性に今後更に磨きをかけ、患者さまに貢献したいと考えております。



神経難病患者さまに対するリハビリテーション シリーズ（第3回）

リハビリテーション科理学療法科研究担当主任 菊地 豊

Q：最近、歩くのが大変になってきたので、杖を購入したいと思うのですが、どのようなものを選ぶのが良いでしょうか？

A：神経変性疾患の患者さまの場合、歩きにくさの原因となる症状の強さ、病気の進行状態によって選ぶ杖や歩行器（“歩行補助具”といいます）が異なります。ご自身の症状に合わせて、選択することが大切になります。

歩行補助具には形態・機能からT字杖、多点杖、歩行器（車輪付き、車輪なし）などがあり、患者さまの運動機能や症状に合わせて選択します。



図：歩行補助具

左から、T字杖、多点杖、歩行器（車輪付き）、歩行器（車輪なし）

パーキンソン病の方では、症状が軽く、一人で歩いている段階では、T字杖を使い、症状が進行して、すくみ足や突進歩行が出現する段階では、歩行器を使用することが一般的です。杖を使用される場合は、床に置いてある杖をご自身で拾えることが目安になります。歩行器の場合、歩行器を押して歩こうとすると、歩行器だけが先に行ってしまうような場合は、歩行器の使用は難しいです。このような場合は、車輪のついていない歩行器の使用を検討します。

図：パーキンソン病の方の歩行器（車輪付き）のチェック

右のように、歩行器を押すときに、足が出ないで歩行器だけ前に行く様な方は転倒に繋がる危険があります。





また、屋外で使用される際に、歩行補助具の外観が気になられる方もいらっしゃるかと思います。そのような方は旅行かばんを載せるキャリーカートを使用されることをお勧め致します。

図：キャリーカート

自分の好きなかばんを載せて歩くことができます。

かばんの中に2～4kgの錘（おもり）を入れておくと歩きが安定します。

脊髄小脳変性症など、小脳性運動失調を呈される患者さまでは、補助が無ければ歩く事が困難な状態になっている場合、T字杖や多点杖よりも歩行器が適しています。

小脳性運動失調では、上半身が左右に大きく揺れてしまいますので、症状が進行した方では、両手で身体を支え、自分の身体の揺れを抑える必要があります。そのため、T字杖では身体を支えることが出来ないため、歩行器を選択します（T字杖では、一般に体重の5～10%程度しか物理的に支持できないとされています）。

小脳性運動失調のある方は車輪なしの歩行器では、持ち上げた際に後方にバランスを崩し、転倒のおそれがあるため、持ち上げる必要のない車輪付きの歩行器が適しています。

ここで提示したものは一般的な内容です。ご自身にあった歩行補助具については、担当の医師または療法士にご相談下さい。

地域交流推進委員会からのご報告

地域交流推進委員会委員長 山口 一浩

広瀬川河川敷清掃

地域のエコ活動に貢献することを目的として、職員による地域清掃を行いました。今回は、太田町の「ラブリバー広瀬ユキヤナギの会」と協力し実施しました。

実施日時：平成22年11月6日（土） 午前8時～9時30分

清掃範囲：三ツ家橋～ラブリバー親水公園「うぬき」

活動内容：電動草刈り機や鎌を用いた草刈り、ゴミ拾い

参加人数：計31名（美原記念病院・アルボース：21名、ラブリバー広瀬ユキヤナギの会：10名）

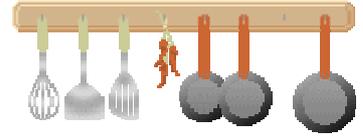
「ラブリバー広瀬ユキヤナギの会」

ラブリバー親水公園「うぬき」に通じる遊歩道沿いに植栽されたユキヤナギを守るために活動しているグループです。



料理レシピ（第7回）

おせち料理



おせち料理のいわれ

おせちは、「節会（せちえ）」「御節供（おせつく）」の略で、語源のルーツは平安時代の朝廷行事にさかのぼります。

1月7日（年初め）、3月3日、5月5日、7月7日、9月9日の五節句などの節目に用いる料理や神に備える料理のすべてを指していました。今は「おせち」と呼ばれているのは、お正月料理だけです。江戸時代後半に、おせち料理が現在の形となったと言われています。

今回は、海老を使用した簡単なおせち料理の1品を紹介します。海老がおせち料理の1品に使用される意味は、「髭が長く、尾部が曲がっている」ので、腰が曲がっても末永く長生きするようにとの長寿を願っての料理です。



【黄身焼き】

- ・ロブスター 1尾
- ・卵の黄身 1個分
- ・マヨネーズ 45g

（材料：2人前）

【前添え：菊花かぶ】

- ・かぶ 90g
 - ・赤唐辛子 1本 ... 種を取り除く
 - ・柚子 適宜 ... 皮を千切り
 - ・酢 80cc
 - ・砂糖 30g
 - ・塩 少々
- } 甘酢

作り方

黄身焼き

ロブスターを縦半分に割り、背わたを取り、蒸し器で15分

程度加熱します。

蒸す間に、黄身1個分とマヨネーズ45gを混ぜ合わせます。

蒸し上がったら身を取りだし（写真1）、一口大に切り、切った身を殻に戻します。

黄身マヨネーズの半量をのせ、200℃のオーブンで表面が乾く程度まで焼き、さらに黄身マヨネーズの残りをのせ、軽く色つく程度まで焼きます。



写真1

蒸しあがった海老の身を外します

菊花かぶ

かぶの皮をむき，葉付きの部分と根の部分を取り落とし，3cm位の厚さにします．かぶの四隅を切り取り四角形の状態にします．

次に，2cm位までの深さに細かく切り目を入れます．割り箸を使うと上手に切込みを入れることができます．（写真2）縦に切込みを入れたかぶを，90度回転して先ほどの切り目と直角にまた切り目を入れます．最後に，縦横3cmのさいころ状に切り離します．

かぶは塩少々を入れた塩水に15分間つけ，柔らかくします．（かぶの切れ端も同時に漬けます）

漬け込む甘酢は，酢，砂糖，塩を合わせ火にかけます．

軽く沸騰したら火を止めて冷まします．（漬け込み用の甘酢のため，量はやや多く作ります）

かぶの水気をよく絞り，赤唐辛子と共に，甘酢に1時間漬けます．

（かぶの切れ端も同時に漬けますと無駄なく食せます）

かぶの水分を搾り，菊の花びらのように押し広げ，唐辛子の小口切りと刻んだ柚子を中心に飾ります．

黄身焼きを器に盛り，菊花かぶを手前に盛り付け，南天を飾り完成です．（写真3）



割り箸を使って切り落とさないようにします



美原記念病院では，元日の昼食におせち料理をお出ししています．（写真4）

おせち料理にはお品書きを添えてお出ししています．（写真5）



外来診察医一覧表

平成22年12月1日現在

		月	火	水	木	金	土
神経内科	美原 盤	木村 浩晃	神澤 孝夫 (脳卒中)	美原 盤	神澤 孝夫 (脳卒中)	木村 浩晃 五味愼太郎 (頭痛外来)	
		堀越 知 午後(脳卒中)					
脳神経外科	秋山 武和	狩野 忠滋		赤路 和則	谷崎 義生		
整形外科			川崎舎 俊一		栗原 秀行 (第1・3・5)	非常勤医師	
内科			美原 樹				
リハビリ					担当医師 10:30~ 予約制		
特別外来	神経難病			美原 盤 13:00~ 予約制			
	もの忘れ				木村 浩晃 13:00~ 予約制	美原 盤 13:00~ 予約制	
	ボトックス						美原 盤 午前 予約制
	パーキンソン病						大平 貴之 午前 予約制
	脳血管内治療		赤路 和則 9:00~ 予約制				
	セカンド オピニオン						担当医師 14:00~ 予約制
	ガンマナイフ	ご相談に応じて実施いたします。					

受付時間 午前8時30分～午前11時30分

休診日 日曜日, 祝日

年末年始, お盆による休診日や担当医の変更は, ホームページまたは院内掲示板にてお知らせいたします。

受付時間・休診日ともに, 急患の方は, この限りではありません。

面会時間 午後1時～午後7時

3階病棟 311号室～317号室は午後3時～午後7時

支払い 入院費等の支払いは午前9時～午後5時までにお済ませ下さい。