

京都市立病院 連携だより

vo.62
令和8年10月



- 食道癌の集学的治療について
- 第40回
「地域医療フォーラム」報告
- 基調講演
『「くらし」を支える医療に大切な
もの～京都基本構想から学ぶ～』
- 特別講演
『終末期患者支援の実際と課題』

京都市立病院機構理念

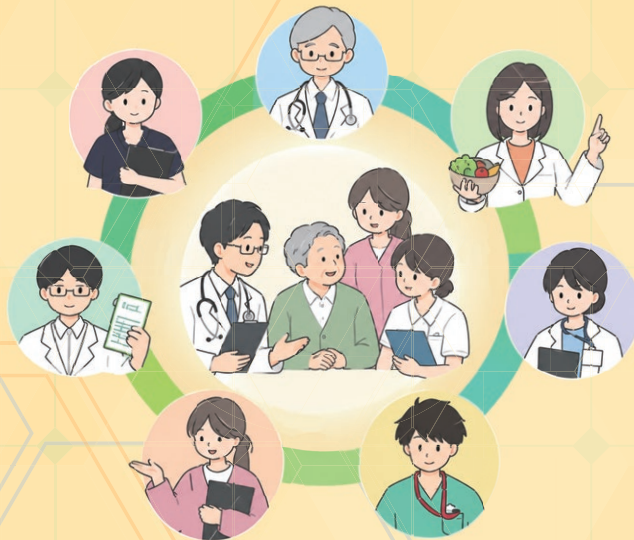
京都市立病院機構は

- 市民のいのちと健康を守ります
- 患者中心の最適な医療を提供します
- 地域と一体となって
健康長寿のまちづくりに貢献します

京都市立病院憲章

- 1 質の高い安全な医療を提供するとともに、地域の医療水準の向上に貢献します。
- 2 患者の権利と尊厳を尊重し、心のこもった医療を提供します。
- 3 救急や災害時における地域に必要な医療を提供するとともに、地域住民の健康の維持・増進に貢献します。
- 4 病院運営に参画する事業者等とのパートナーシップを強め、健全な病院経営に努めます。
- 5 職員の育成に努め、職員が自信と誇りを持ち、全力で医療に従事できる職場環境を作ります。

食道癌の 集学的治療 について



食道癌治療を支える総合力

食道癌は比較的新しい疾患であり、診断から治療、生活支援まで、さまざまな専門領域の連携が欠かせません。当院では、各分野の専門家が揃い、診療科や職種の垣根を越えてすぐに相談できる「顔の見える連携」を強めています。今回は、食道癌診療に主に関わる各診療科・部門の取り組みをご紹介します。



消化器内科部長
山下 靖英

早期癌から進行癌まで

消化器内科では手術以外のすべての食道癌診療に関わります。内視鏡診断では、白色光に加えて、NBI (Narrow Band Imaging) やBLI (Blue LASER Imaging) などによる画像強調内視鏡および拡大内視鏡、コード染色などを用いて、病変範囲や壁深達度を評価します。深達度T1aの多くは内視鏡的切除EMR (内視鏡的粘膜切除術) / ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術) を行います。特にESDでは大きな病変も一括切除が可能で、正確な病理診断を行え、当科では第一選択として積極的に行っています。深達度MM-SM1であった場合は、ESD後追加治療を行います。深達度T1b以上の病変に対しては、CTその他のmodalityにより正確な病期診断を行い、外科、放射線治療科と連携し、手術、化学放射線療法、放射線療法、化学療法など、最適と思われる治療を行います。また、積極的な抗腫瘍治療が困難な方で、嚥下困難を認める場合は、内視鏡的食道ステント留置など緩和治療も積極的に行っています。



消化器外科 医長
錦織 達人

食道癌の手術療法

当院は、日本食道学会の食道外科専門医認定施設 (京都府内に3施設) として、地域の医療機関や他の専門施設とも連携し、食道癌に対する専門的な外科治療を行っています。府内でも食道癌に対するロボット支援手術を実施している病院は限られており、当院では食道切除術を全例ロボット支援手術で行っています。従来のダヴィンチXiに加え、より少ない創での手術を可能とするダヴィンチSPも府内で唯一導入し、麻酔科、手術室、集中治療部、臨床工学技士、呼吸器外科などと協力して、安全で低侵襲な手術に取り組んでいます。また、初診時には根治が困難と考えられる腫瘍に対しても、消化器内科、腫瘍内科、放射線治療科などと連携し、薬物療法や放射線治療を組み合わせた集学的治療を行っています。併存疾患を有する患者さんでは、各内科系診療科の協力のもと全身状態を管理しながら治療を進めています。さらに、患者さんの高齢化や価値観の多様化に対応するため、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ、心理士などの多職種が治療前から術後まで継続して関わり、栄養・身体機能の維持や術後の生活を支援しています。こうした病院全体の力を結集し、根治性と安全性を追求するとともに、治療後の生活の質にも配慮した、患者さん一人ひとりに適した食道癌治療を目指しています。



腫瘍内科 部長
桐島 寿彦

食道癌薬物療法の最新動向と当院の取り組み

食道癌の薬物療法は、周期療法と切除不能・再発例の全身療法とで戦略が異なります。前者では、JCOG1109試験を受けて術前DCF療法が標準となり、術前化学放射線療法後の非pCR例にはニボルマブによる術後補助療法が推奨されます。

後者の一次治療は、免疫チェックポイント阻害薬の登場で大きく変わりました。現在はペムブロリズマブ、ニボルマブ、チスレリズマブの3剤が使用可能で、いずれも化学療法単独を上回る全生存期間を示しています。なかでもニボルマブ+イピリムマブは細胞障害性抗がん薬を用いないため、腎機能低下例でも検討できます。

標準治療の終了が見込まれる段階では、がん遺伝子パネル検査が提案できます。HER2増幅などの分子標的治療につながる所見が得られますが、結果判明まで4～6週間を要するため、全身状態が保たれているうちの提出が鍵となります。

当院では消化器内科、腫瘍内科、消化器外科、放射線治療科で治療方針を検討し、個々の患者に最適な治療を提案しています。



放射線治療科 部長
大津 修二

食道癌の放射線治療

食道癌は消化器癌の中では放射線が効きやすく、放射線治療の役割が比較的大きな疾患です。

遠隔転移はないものの手術で取り切るのが難しいやや大きめの癌では抗がん剤との組み合わせた放射線治療が第1選択となりますし、本来は手術が望ましくても何らかの事情で手術ができない症例ではその代替手段となります。内視鏡切除後の追加治療や、癌による痛みや飲み込みにくさを和らげる緩和照射にも用いられます。患者さんの全身状態や癌の進み具合に応じて、最適な治療方針を他科の医師とともに考え提案しています。

協調が大切なのは医者同士の関係にとどまりません。放射線治療には様々な職種が関わっていますが、当院では放射線治療専門医、医学物理士、放射線治療専門放射線技師、がん放射線療法看護認定看護師など各職種の専門家が密に連携をとり、治療装置の特性をフルに生かした高精度の放射線治療を実践し、治療成績の向上と副作用の軽減につなげています。



緩和ケア科
臨床心理士
高橋 可奈子

がんとの向き合い方を考える緩和ケア

当科は緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟で診療しており、がん診断期の心理的支援から治療を終えて今後を見据えるその時まで、継続的支援を提供しています。再発や病状が変わることで生じる不安にいつもと変わらないスタッフが対応できること、それは治療環境だけでなく患者さんの生き方も支えることに繋がります。

また、当院では食道癌手術を受ける患者さんを対象に多職種チームが支援しています。侵襲的な手術を経験された患者さんの中には、何十年と続けた“食べる”というごく当たり前の行為が当たり前でなくなることで、自分の在り方をも失うような体験をされる方がおられます。喪失を経験しながらも新たに自身の在り方を作り直す過程は心理的苦痛が伴うものです。当科臨床心理士もサポートチームに参加し、多職種で身体的側面、精神的側面、心理社会的側面から「手術が終わったから終わり」ではない全人的医療を実践しています。

『治す医療から支える医療へ
~最期までその人らしい「暮らし」を支える~』

1 基調講演

座長：京都市立病院 副院長 岡野 創造

「暮らし」を支える医療に大切なもの~京都基本構想から学ぶ~

京都市保健福祉局健康長寿のまち・
京都推進室 健康長寿企画課

近藤 有里子 先生



私は、糖尿病の診療を行う中で、「先生、すみません」「また食べ過ぎてしまいました」と、自分を責める患者さんの言葉を何度も耳にしてきました。食べることに罪悪感を抱いている人も多く、「私は患者さんを幸せにできていないのではないか」と感じるようになりました。

「糖尿病患者において、健康な食事とQOL (生活の質) は両立できるのか」という問いについて研究する中で出会ったのが、「糖尿病に対するスティグマ」という考え方です。スティグマとは、病気やその人の特徴に対して、社会から否定的な意味付けがなされ、それが偏見や差別につながることを指します。「怠けている」「管理ができない」といったイメージは、就労や社会生活、さらには医療へのアクセスにも影響します。

深刻なのは、社会の偏見が本人の中に取り込まれる「セルフスティグマ」です。「糖尿病は自分の責任だ」と感じ、病気を隠したり、社会参加を避けたり、治療への意欲を失ったりすることがあります。糖尿病の未受診や受診中断の背景には、経済的負担だけでなく、医療現場で生じるスティグマも関係している可能性に気づきました。

また、日々の生活習慣は決して個人の意思だけで決まるものではありません。所得、職業、学歴、就業状況、人間関係など、社会的な環境が健康に大きく影響します。これを「健康の社会的決定要因 (SDH)」といいます。「生活習慣病」を「自己責任」と捉えるのではなく、その人を取り巻く社会的背景にも目を向けることが重要です。同時に、人は正しさや理屈だけでは動かないことも知っておく必要があります。

こうした心理社会的背景に寄り添うのが「糖尿病医療

学」です。「暮らし」を支える医療には、医学的・客観的な病気 (disease) だけでなく、患者さん自身が経験する主観的な「病い (illness)」を理解することが大切です。そのためのプロセスが、患者さんやご家族と医療者が価値観や情報を共有し、互いを理解した上で治療方針を考える「共同意思決定 (SDM)」です。医療者は答えを一方的に示すのではなく、患者さんの力を引き出し、納得できる選択を支えます。病気や困難を抱えながらも、それに適応し、自分らしく生活を営んでいく能力は、「ポジティブヘルス」という新しい健康の概念として注目されています。

SDMとは

Shared Decision Making (SDM)
共同意思決定 / 共有意思決定

患者と医療従事者が十分に話し合って、互いを十分に理解したうえで、最も納得できる最善の治療方針を決定すること

このような医療のあり方を考える上で、「京都基本構想」は大きな示唆を与えてくれます。2025年12月に京都市が策定した「京都基本構想」は、2050年の未来を見据え、「こういうまちであり続けたい」という京都の理想像を描いた「まちの羅針盤」です。そこには、「歴史と文化の積み重ね」「自然との共生」「人とのつながり」という京都が大切にしてきた価値が込められています。

「暮らし」を支える医療という観点で、「京都基本構想」の中から選んだ3つのキーワードが、「節度と矜持」「余白・遊び心」「自然への畏敬と感謝」です。「節度と矜持」は医療者と患者さんの信頼関係の土台となります。技

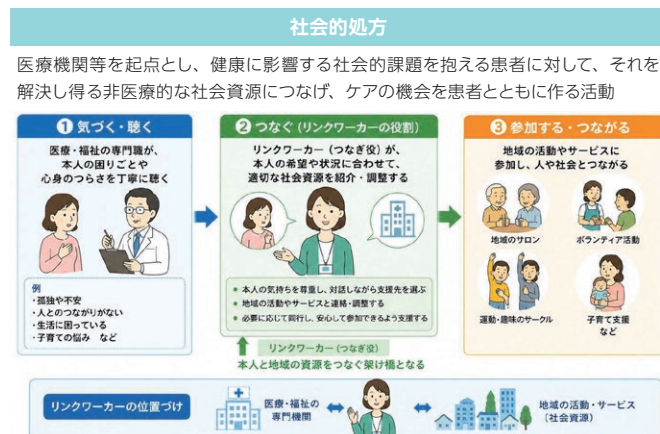
術や工夫で「余白」を生み出し対話を重ね、「遊び心」を持って楽しさやワクワク、文化やアートを取り入れることは豊かな医療につながります。また「自然への畏敬と感謝」の視点からは、病気を人間の営みの中で起こり得る自然な出来事として捉え直すことができます。

医療と暮らしを近づけるために、社会的課題を抱える患者さんと地域の活動やサービスをつなぐ「社会的処方」や、地域で多様なケアを実践する「コミュニティナース」など、新しい取り組みも進んでいます。

最後に、「Language matters—言葉は大切である」についてお伝えします。私たちが普段何気なく発する言葉や態度は、知らず知らずのうちに相手を傷つけ、スティグマを生み出してしまうことがあります。一方で、「糖尿病患者」ではなく「糖尿病のある人」と表現するなど、言葉を変えることで、患者さんとの関係性を変えることもできます。

目指すのは、病いのある人が主体性を回復し、自分の人生を生きることです。一人ひとりの価値観や生活

背景に寄り添い、地域や社会ともつながりながら、その人らしい「暮らし」を支えていく。そんな医療の実現に向けて、これからも取り組んでいきたいと思います。



※本講演の内容は、演者個人の経験および学術的知見に基づくものです。講演内の意見・見解は演者個人に属し、京都市の公式見解や方針を示すものではありません。

2 特別講演

座長：京都市立病院 副院長・がん医療連携センター長 宮原 亮
患者支援センター長 家原 典之

終末期患者支援の実際と課題

終末期患者の在宅医療

おがわ内科呼吸器内科医院
訪問診療責任者

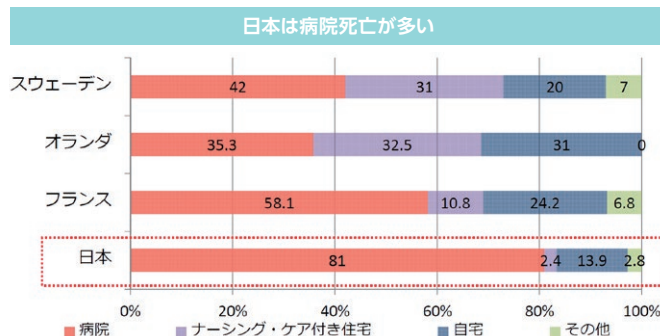
近藤 健 先生



訪問診療の目的は病いを抱えていても、その方らしい生活ができるように支えることです。今日のテーマにも合致するかとありますが、必ずしも治癒を目指すものではありません。がんや心不全の在宅医療においては、看取りを視野に入れた医療になっていきます。ここでご質問ですが、会場の皆様のご両親が呼吸停止になった場合、蘇生を希望されますかという問いです。一般的にはご両親に関する蘇生の判断は難しいものです。普段、意思確認をしていなければ推察するしかない。これは大きな心理的負担になります。その意味でも状態が落ち着いている時に少しでも話し合っておくことが大切です。

1951年から2015年までの死亡場所を年次別で見ても

行くと自宅死亡は90%から13%へと減少しています。ここにはかつての三世帯同居をはじめ様々な要素が影響しています。それでも、日本は世界的に見て病院死亡が多い国であり、81%が病院で死亡しています。このような社会背景の中で多くの日本人が人の最後を見ていない。看取り文化や生死観の衰退を感じます。死とは本来、生の延長線上にあるわけです。しかし、現在の人々にとっては自分の生活には関係のないもの、日常とはかけ離れたものだと考えられていると感じます。「死は終末ではない、人生の完成である」。マルティン・ルターの言葉です。死というものを忌み嫌うのではなく、ご家族が互



いに元気なうちに、「最後まで生き方、どこで誰と過ごしたいか」を確かめ合っておくべきだと思います。

訪問診療の場でも今後のことを患者やご家族と話し合っていくことになります。一度は方針を決めても、時間が経てば心は揺らぎます。その都度、共に悩み、考える。話を聞き、掘り下げることです。また、あくまでも一般論として末期の例をとりあげ、ある時点から急激に体力が低下するが、それに伴って痛みなどが増強するわけではないことをお伝えします。そして悪い知らせを話す時は、それでも支えて行くことを同時に伝えます。共に最善を目指しつつ、最悪の場合の心づもりもするということです。看取りの近いご家族には亡くなる前の自然現象を事前にご説明することが大事です。経験された方が少ないからです。それが自然な変化だと分かれば、少し落ち着いて対応できるからです。ご家族が最後の瞬間に立ち会われる必要はありません。ご本人はご自身のタイミングで旅立たれます。在宅看取りは死の受け入れが比較的しやすく、人の死というものを子・孫世代に実感させる最期の教育にもなります。ご本人・ご家族が死を「生涯の完成」と捉えられるためには、穏やかに終末期を過ごすことが大事であり、そのためには「在宅緩和ケア医療」が肝要となります。

京都市立病院末期心不全患者の問題点

京都市立病院 循環器内科部長

松尾 あきこ



日本の高齢者は増加の一途を辿っており、65歳以上の割合は3割に達し、その中で心不全患者さんは現在120万人いると報告されています。さらに、50歳を過ぎると心疾患は悪性新生物に続き死因の第2位を占めています。その多くが心不全であり、90歳を超えると死因の第1位になっております。このように見て行くと心不全というのは、人間の加齢の最終段階であり、疾患ではないのではないかと考えてきます。本日は3つのテーマに分化してお話させていただきます。

本日の講演内容の一番目は、京都市立病院心不全入院患者の現状についてです。2022年6月～2024年12月までに当院に入院した心不全患者271例の分析(1年以内の再入院は除外)、その臨床背景、特徴と予後について検討しました。結果、入院患者の約60%が近隣の

医療機関からのご紹介で、年齢分布の中央値は82歳。寝たきり度は半数以上で認めました。同居状況は老々介護35.4%(平均78歳)、高齢独居26.9%(平均79歳)、子供・孫単独の昼間独居10.0%(平均82歳)、配偶者と子供か孫の昼間独居8.1%(平均74歳)などであり、特に注視すべきなのは50-80・60-90問題が同居状態に反映されていることです。私はかつての就職氷河期の問題が顕著化していると考えています。入院転帰は82.7%が自宅退院可能でした。長期予後としては高齢者の集団であり、一年時イベント回避率65.7%と不良でした。

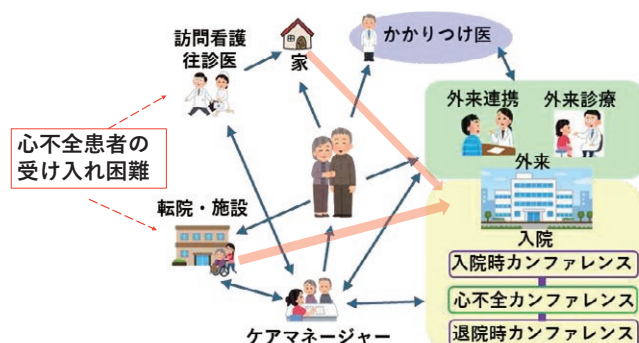
二番目は多職種心不全チームカンファレンスから見た問題点についてです。

当院では2023年9月に同チームを結成し、本人・家庭に何らかの問題を抱える患者を対象にカンファレンスを実施しています。当院の特徴は退院支援ナースの存在で、病棟看護師がその役割を担っています。患者さんの直接の入院の状況を把握し、退院後の生活状態を確認して、チームに情報を還元しています。チーム目標は「心不全患者が少しでも長く生活の場で暮らせること」ですが、課題は多く、すべてを解決することはできず、悩みながら一步一步推し進めているといった状況です。

最後に心不全患者の人生の最終段階における医療の課題についてお話しします。

これまでの「終末期医療」という言葉は、2015年から「人生の最終段階における医療—End of Life Care(EOLC)」に訂正されました。死が避けられない状況にあり、死に至るまでの時間が限られていることを考慮に入れる必要性のある状況下における医療・ケアのすべてを含み、死に至るまでできるかぎりよく生きるように、また尊厳をもって死に至るように(to die with dignity)支援する活動を意味します。これを包括しているのが「緩和医療」です。心不全は診断時に死を実感できず、死期が読めない。これが人生の最終段階において死期というものを難しくしています。EOLC

当院心不全患者の地域連携



において意思決定のプロセスが非常に大事で①医療・ケアチームによる臨床倫理的な検討、②患者・家族などとの共同意思決定を適切なプロセスで行う、③多職種が関与し、多角的な評価を行うことが必要となります。自験例からは末期状態であること受け入れられない、意思決定をしたがらない、医療機関への過度の依存、人生の最後を決める意見がまとまらない、本人の意思が反映されず、家族のみの思いで物事が進行してしまう、などの問題がありました。

当院としては全力で取り組んでいます。現状の課題である後方支援病院の強化、心不全緩和・看取り方法の充実、世論・社会の理解、行政の介入などを望んでいます。

京都市立病院における緩和ケアの取り組みと今後の展望

京都市立病院 緩和ケア科部長

大西 佳子



京都市立病院の緩和ケア病棟は2020年1月に開設しました。入院療養が必要な患者さんの症状緩和・看取り・療養支援を行う専門病棟です。病床数は14床で、個室が10室、2人部屋が2室です。ちなみに、令和7年度の入院数は185人でした。緩和ケア病棟は面会など一般病棟より自由度が高く、他施設では夜間も面会や付き添いができる緩和ケア病棟もありますが、当院では夜間のご自宅でゆっくり休息をとっていただき、日中は病棟で共に過ごしていただけるよう配慮しています。

緩和ケアの一環として音楽療法を実施しています。先日も音楽療法が行われ、音楽療法士による演奏で、患者さんやご家族が楽しく穏やかな時間を過ごしておられました。リハビリテーションについては、がんリハビリテーションの資格を持ったスタッフが、患者さんの状態に応じて歩行訓練や筋力維持、手足や背中のマッサージなどを行っています。

緩和ケアチームは、医師・看護師・薬剤師・MSW・臨床心理士など多職種で構成され、一般病棟を横断的にサポートするとともに、一般病棟と緩和ケア病棟をつなぐ役割も担っています。

緩和ケア外来には症状緩和外来と緩和ケア病棟面談があり、他院からのご依頼も受け付けています。地域連携としては、緩和ケア病棟から自宅へ退院される患者さんに対して、訪問診療や訪問看護などの在宅チー

ムと連携し、退院後も医療を継続して受けられるよう支援しています。

次に、診療報酬改定に関する新たな情報として、緩和ケア病棟の対象疾患が拡大されました。これまではがんと後天性免疫不全症候群(AIDS)の2疾患が対象でしたが、2026年6月から末期腎不全が追加され、症状緩和を目的とした緩和ケア病棟への入院が可能になりました。ただし当院の体制上、緩和ケア病棟への直接入院はできず、まずは腎臓内科にご紹介いただき、一般病棟にご入院いただいた上で緩和ケアチームが関わり、状態や苦痛の評価を行い、透析を中止した状態で緩和ケア病棟に入る流れとなります。もう一つの重要な変更点として、神経ブロックの取り扱いが2026年6月から変わりました。これまでは緩和ケア病棟で神経ブロックを実施しても入院料に包括されており追加算定はできませんでしたが、今回の改定により入院料の包括対象から外れ、L100～L105として個別に算定できるようになりました。これにより、専門的で個別性の高い痛みの緩和が、緩和ケア病棟でも行いやすくなりました。

神経ブロックの取り扱いの変更



これまで：
神経ブロックの実施費用は、緩和ケア病棟入院料に「包括」されており、別途算定できなかった



2026年6月～：
神経ブロックが入院料の包括対象から外れ、L100～L105として個別に算定できるようになった

項目	2026年5月まで	2026年6月から
神経ブロックの費用	入院料に包括 (別途算定不可)	L100～L105として 個別に算定可能
専門的処置の実施しやすさ	実施しても 追加の評価はなし	診療報酬上も 評価されやすい

※ L100～L105は神経ブロックに関する診療報酬点数区分の総称

今後の展望として、「治す医療から支える医療へ」を目指しています。病気だけに目を向けるのではなく、その方の「くらし」に目を向け、「どのように過ごしていきたいか」というご希望に寄り添う医療にも力を注ぎ、制度としても「最期までその人らしいくらし」を支える方向へ進んでいきたいと考えています。

今後とも力強い地域医療連携を、何卒よろしくお願いいたします。

紹介患者さん診療・検査事前予約ご利用のご案内

医療機関用 「SAKU洛連携」

Web予約

ご予約時には事前に利用登録が必要です。

【利用申し込み】【Web予約システムについて】は下記ホームページをご確認ください。
(<https://www.kch-org.jp/medical/chiikirenkei>)

●予約方法

①Webページ上で予約を取得してください。

「SAKU洛連携」

(<https://www3.e-renkei.com/hospital/group-sakuraku/login.php>)

②患者さんに以下をお渡しください。

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・画像データ等

③「診療情報提供書」を当日中にFAXで送信してください。

④患者さんに、以下をお持ちのうえ、予約受付票のご案内時間までにお越しいただくようお願いください。

■先生から受け取ったもの

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・画像データ等

■別に必要なもの

- ・マイナ保険証又は健康保険証
- ・診察券
- ・お薬手帳又はお薬のわかるもの

医療機関用 外来診療・検査事前予約 FAX予約

待ち時間を短く患者さんが円滑に診療・検査を受けられるように、病院及び診療所の先生から『事前予約』をお受けしております。

●予約方法

①「紹介患者さん事前予約申込FAX用紙」に必要事項を記入し、地域連携室までFAXで送信してください。

②直ちに、予約をお取りし、「予約受付票」をFAXで送信します。ただし、受付時間外のFAXについては、翌営業日の朝にご連絡いたします。

③患者さんに以下をお渡しください。

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・画像データ等

④ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受け取ったもの

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・画像データ等

■別に必要なもの

- ・マイナ保険証又は健康保険証
- ・お薬手帳又はお薬のわかるもの
- ・診察券



予約受付先

●京都市立病院地域連携室

TEL (075)311-5311(代) (内線2113)

FAX (075)311-9862(専用)

●事前予約医療機関専用電話

(075)311-6348

事前予約受付時間(土日祝日を除く)

平 日/8:30~19:00(木曜日は17:00まで)

FAXは、24時間お受けしています。

地域連携相談業務

平 日/8:30~17:00(月曜日~金曜日)

患者さん用 紹介患者さん事前予約センター 電話予約

先生からの紹介状があれば、患者さんからのお電話で、ご自身のスケジュールに合わせた予約をお取りいただくことができます。(※担当医師の指定、検査の予約はできません)

●予約方法

①お電話をされる前に、患者さんには以下をお手元にご用意いただけます。

- ・事前予約申込票(必要事項記入済みのもの)
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・診察券 ※初診でもご予約可能です。

②患者さんから『事前予約センター』へお電話いただけます。

専用電話番号 (075)311-6361



受付時間/月~金(9:00~17:00)

※土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)を除く

●ご予約は前日17:00まで受付しております。

▶電話予約時に確認させていただく内容

- ・患者さんのお名前(漢字・ヨミガナ)
- ・生年月日・性別
- ・ご連絡先(電話番号等)
- ・紹介元医療機関名・予約診療科

③ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受け取ったもの

- ・事前予約受付票(必要事項記入済みのもの)
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・画像データ等

■別に必要なもの

- ・マイナ保険証又は健康保険証
- ・お薬手帳又はお薬のわかるもの
- ・診察券

健康診断や人間ドック、各種検診で「要精密検査」となった場合でも、上記と同様の手続きで事前予約が可能です(初診でも予約可)。ぜひご利用ください。

※ただし、市立病院で人間ドックを受けられた場合は、健診センターでの予約となります。

専用の申込用紙は、京都市立病院のホームページからダウンロードが可能ですので、ぜひご利用ください。



地方独立行政法人 京都市立病院機構

京都市立病院

地域連携室

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1-2

TEL 075-311-5311(内線2113) FAX 075-311-9862

事前予約医療機関専用電話(地域連携室直通) 075-311-6348

<https://www.kch-org.jp/>

