

小沢眼科内科病院 広報誌

6

2024

- 当院におけるプリザーフロ・マイクロシャント手術について
- 間欠性外斜視に対する斜視訓練
- 当院のお食事について

当院におけるプリザーフロ・ マイクロシャント手術について

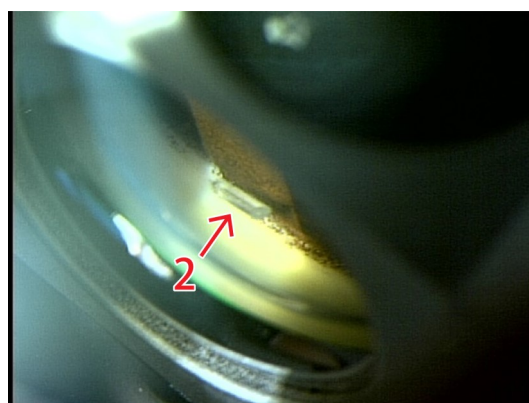
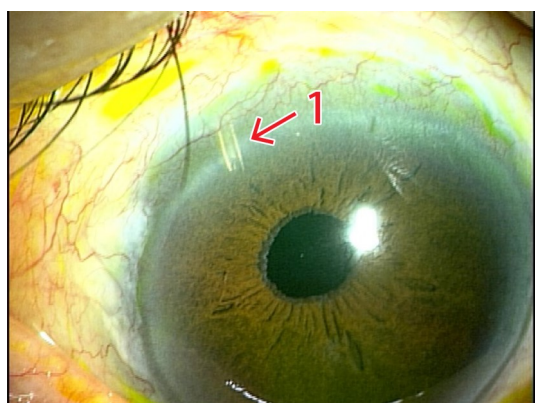


安藤 幹彦

はじめに

2023年7月から新しい緑内障手術デバイスである、プリザーフロ・マイクロシャント・緑内障ドレナージシステム（以下PFM）が販売され、講習を受けた医師が使用できるようになりました。トラベクトミーと同様に結膜下組織に前房水の流出路を作製するデバ

イスで、角膜輪部後方約3mmの強膜から前房隅角に刺入し（矢印1、2）、角膜輪部後方約6mmに前房水を誘導する管状のデバイスです。プレートのない緑内障インプラントに分類されます。

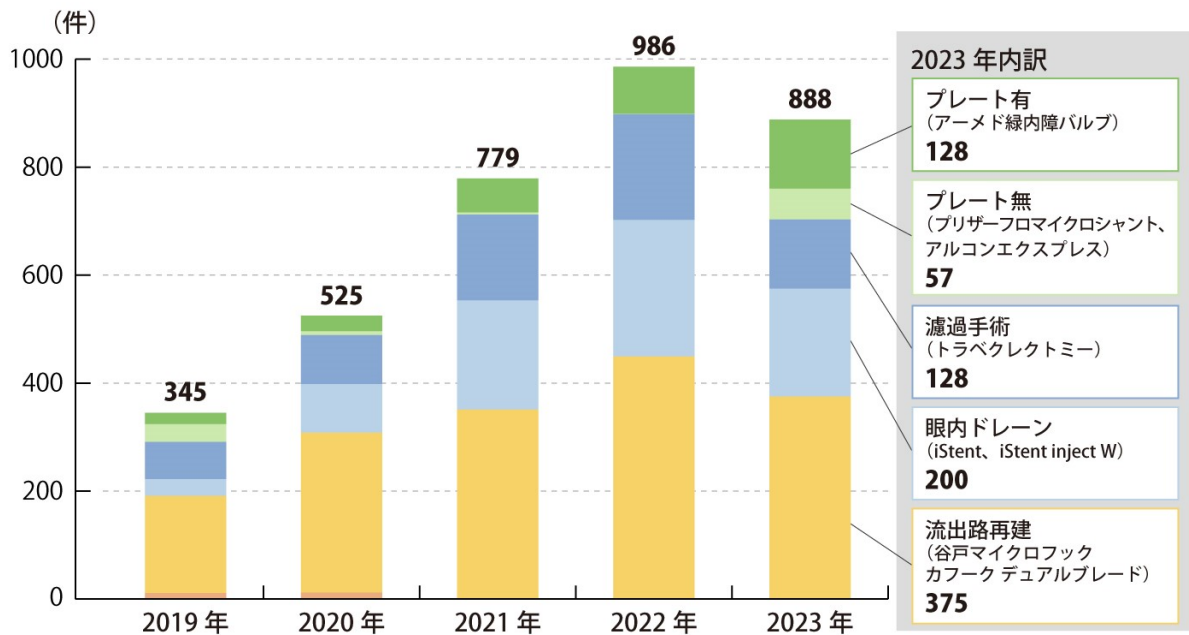


当院における緑内障手術件数とプリザーフロ・マイクロシャント手術

2019年から2023年までの緑内障手術件数、その内訳をお示しします。2019年から2021年までのプレートのない緑内障インプラントはすべてアルコンエクスプレスです。2023年のプレートのない緑内障インプラントはすべてPFMです。トラベクトミーの割合が2022年以前より減少しているようにみえますが、PFMと適応症例が重複するためと考えられます。

アーメド緑内障バルブの症例が増加しているのは濾過手術後の患者様が年々蓄積していくため濾過胞形成不全の患者様も増加しているのだと思います。毎年、近隣の先生方から本当に多くの患者さんを紹介して頂いていることに、心から感謝いたします。

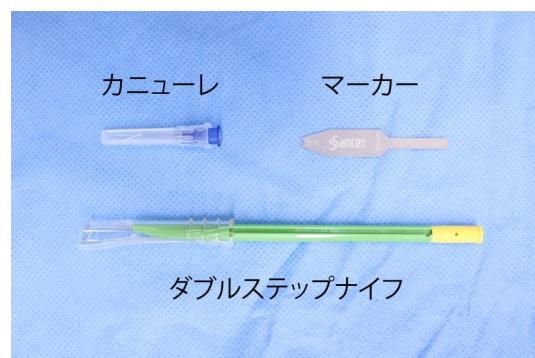
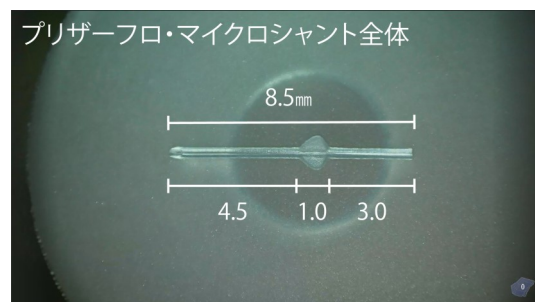
当院の緑内障手術件数



プリザーフロ・マイクロシャントの構造

PFMのサイズは全長8.5mm（近位部4.5mm・フィン部1.0mm・遠位部3.0mm）、外径350 μ m、内径70 μ m、フィン部幅1.1mmです。材質は柔らかく生体適合性のよいSIBS（スチレン-イソブチレン-スチレントリブロック共重合体）です。

PFMのキットには、PFM本体のほかにマーカー、ダブルステップナイフ（前房刺入創とPFMのフィンを固定する強膜ポケットを作製する）、カニューレ（PFMの通水に使用する）が入っています。



PFMの手術適応

PFMは薬物療法やレーザー治療などの治療法によっても十分な眼圧下降効果が得られな

い緑内障患者の眼圧下降に用いるものです。ただし以下の患者には使用できません。

PFM手術適応外

1. 閉塞隅角緑内障
2. 使用部位に結膜癒痕、結膜癒痕手術歴、その他の結膜病変（結膜菲薄化、翼状片など）
3. 活動性虹彩新生血管
4. 眼部の活動性炎症（眼瞼炎、結膜炎、強膜炎、角膜炎、ブドウ膜炎）
5. 前房内硝子体脱出
6. 前房眼内レンズ
7. シリコンオイル注入眼

PFM手術の実際

入院期間は3日間をお勧めしていますが、1泊2日や日帰り手術も可能です。手術時間は20分から40分程度です。

術前診では術後早期は目を押さない、怒責しない、見えにくくなるので転倒注意など指導して、PFMは濾過手術ですから術後早期にニードリングや濾過胞再建術など複数回の外科治療が必要になる可能性をお話しします。

手術室に入ると十分な点眼麻酔を行い開始時にはミタゾラムによる鎮静を行います。

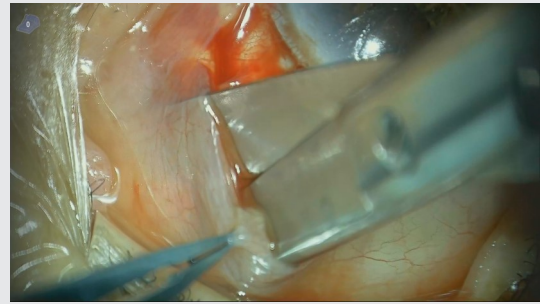
ここからは、**眼内レンズ眼に対するPFM挿入手術**を提示いたします。

① 点眼麻酔後、角膜にサイドポートを1か所作製します。

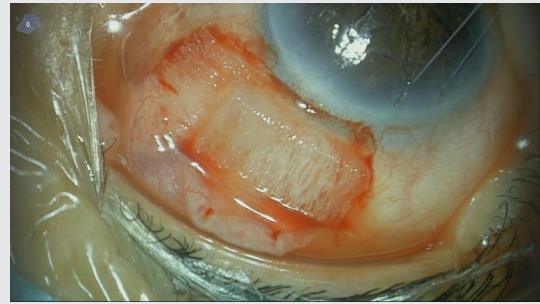
8-0バイクリル糸で角膜に制御糸をかけます。制御糸を固定し鼻側上方の術野を出します。結膜下麻酔で結膜を膨隆させます。



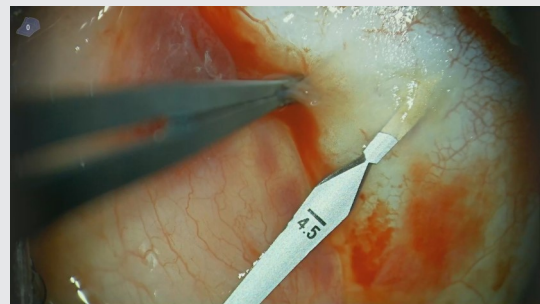
- ② 結膜側にてテノン囊を残すように、強膜にスプリング尖刀をおしつけてテノン囊と強膜を剥離します。後部テノン下麻酔を注入して、眼科尖刀で後方のテノン囊を強膜から剥離します。



- ③ バイポーラーで止血してマイトマイシンCを含ませたスポンジを術野に留置します。4分後スポンジを除去して生理食塩水200ccで洗浄します。

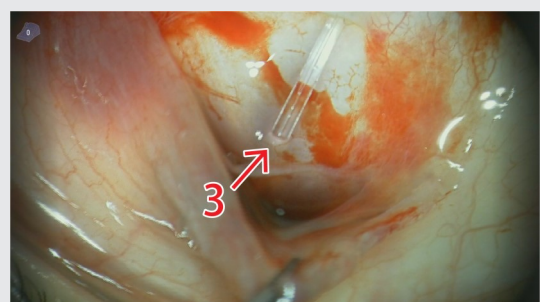
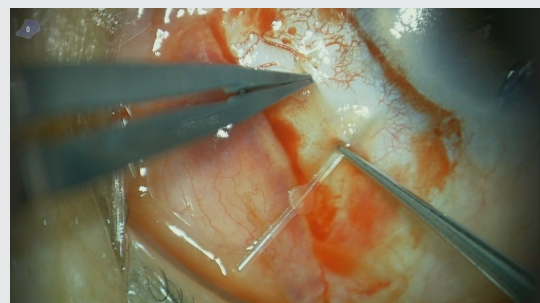


- ④ 制御糸を緩めて鑷子で強膜をしっかり把持し、術眼を耳下側にむけて角膜輪部の青色・白色移行部位から3mm後方にマークします。そこにダブルステップナイフを差し入れます。ナイフ先端を透見できるくらい浅く強膜内を進め、約2mm進めたところで、術眼の向きを戻しながら虹彩に平行になるようにさらにナイフを進めます。フィンを収めるポケットを作りナイフの4.5mmのマーク以上進めてはなりません。



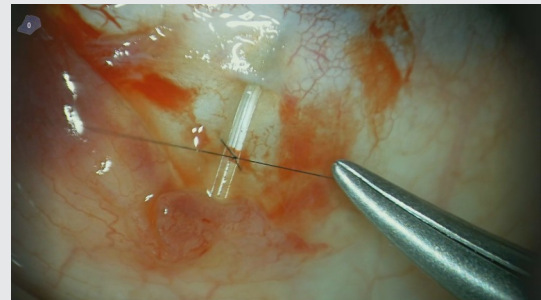
- ⑤ PFMは傷つけないように無鉤鑷子で挿入します。前房内に先端が見えれば、前房内圧を上げてPFM後端からの前房水排出を確認します。MQAスポンジでPFM後端をふき取りながら排出を確認、または暗褐色のPAヨードを利用して透明な前房水の排出を確認します。(矢印3)

もしも挿入したPFMが虹彩下に入ってしまったときは初回の強膜創から1.5mm以上横にずらして、輪部から3mmの点よりも少し前方からダブルステップナイフを

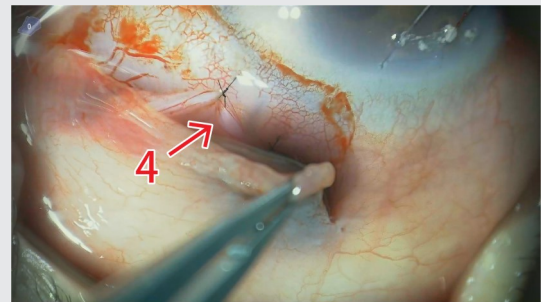


刺入します。初回で角膜寄りにPFMが挿入されたのなら少し後方から刺入します。この時大切なことは、ナイフ先端の刺入距離や虹彩と平行に刺入するため眼球を戻すタイミングなど、初回の刺入手技と同様に行うことです。複数回の刺入が必要になる可能性はPFMの手術手技の特性上やむを得ないことだと理解しております。

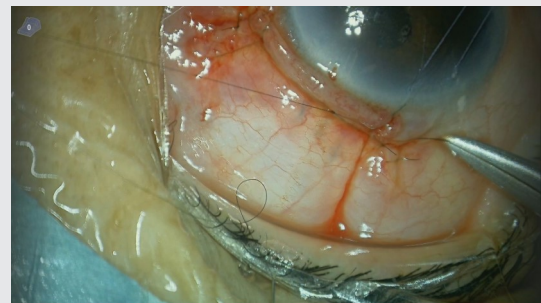
- ⑥ PFM後端を強膜に沿わせるため、ゆるく強膜に縫い付けます。もしも後端の流出口が外眼筋に向いている時には少しだけ曲げて縫い付けて、外眼筋を避けます。



- ⑦ 円外部側からテノン囊を引き出して、10-0ナイロン糸で強膜に縫い付けてPFMを被覆します。この時PFM後端が折れ曲がったり、テノン囊が蓋になり閉塞してしまうことがあるので、流出確認のためにPAヨードをかけて縫い付けたテノン囊のすき間から透明な前房水が漏出することを確認めます。(矢印4)



- ⑧ 10-0ナイロン糸で結膜を縫合します。角膜輪部と平行な水平切開創は運針と逆方向に縫い進めるステムスーチャー、垂直切開創はブロックスーチャーで縫合します。横と縦の縫合を交差させることで濾過胞からの漏出を防ぎます。前房圧を上げて濾過胞が形成され漏出のないことを確認して手術を終了します。結膜縫合糸は約4週間で抜糸します。



PFMの術翌日の眼圧は7 mmHg前後、その後1か月程度でローテーションに落ち着く例が

多いようです。高眼圧、低眼圧には以下のように対処しています。

高眼圧の場合

1. 眼球マッサージ

術後再診時眼圧が高めなら、下眼瞼の上から眼球を中心に向かって10秒間圧迫して眼圧を測ります。目標眼圧まで至らなければもう10秒繰り返します。10秒間の圧迫を何回繰り返すと適切な眼圧になるのかわかったら、その回数を1セットとして、午前・午後1セットずつ圧迫するように指導します。

2. ニードリング

PFMは角膜輪部から約6 mm後方に後端があるはずなので、PFMを破損させないようにカリパーなどで6 mm測り、それより前方に操作がいかないように、ブレブナイフや25G針でテノン嚢を剥離します。トラベクレクトミーでは強膜フラップを剥離することで前房水流出量を増やせますがPFMではそれができない分効果が弱いと思います。

3. 濾過胞再建術

ニードリング無効例や濾過胞が固いカプセルとなった拘縮例では、結膜をあけて、テノン嚢を除去、マイトマイシンCを5分間効かせて濾過胞を再建します。

低眼圧の場合

1. 前房内ヒアルロン酸製剤注入

眼圧が5 mmHg未満の時にまず前房内にヒアルロン酸製剤を注入します。ヒアルロン酸製剤は凝集型を使いますが、PFMの閉塞は経験していません。

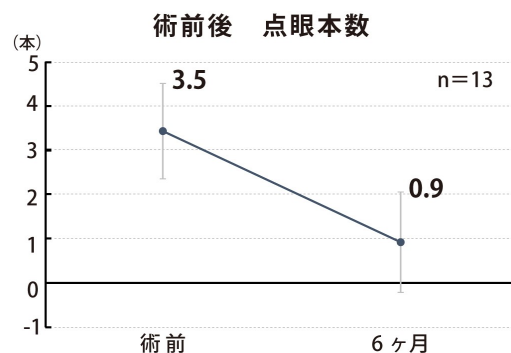
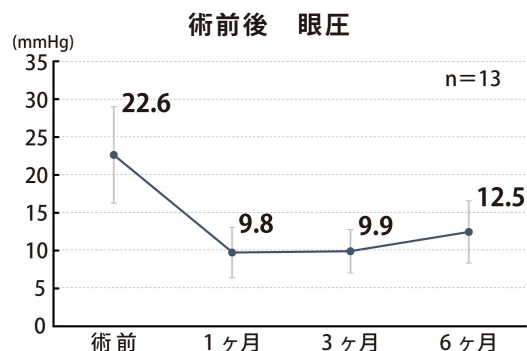
2. ブロック・スーチャー

5 mmHg未満の低眼圧が継続して低眼圧黄斑症、脈絡膜剥離などを発症した時には、ブロックスーチャーをおきます。角膜輪部6 mmから少し後方を横切るように濾過胞を横断させて10-0ナイロン糸をかけます。

治療成績

2023年の7月から12月までに当院でPFMを挿入し術後6か月以上経過観察を行った13眼について術前、術後の平均眼圧を示します。術後1か月では術前の43%、3か月でも術前の43%、6か月では術前の55%まで眼圧は下降しました。

緑内障薬の本数は、術前が平均3.5本（合剤は1本とする）、術後6か月では0.9本に減りました。



合併症

長期的には濾過胞感染、角膜内皮障害、PFMの露出などがありますが自験例を2つ挙げます。

1. 術翌日の前房内出血

少量であれば自然吸収を待ちます。赤血球は前房内で沈殿しますので、起きている時と横になった時でかすみ具合が変化することを説明しておきます。量が多ければ前房洗浄して、前房内に空気を注入します。

2. PFMの閉塞

術翌日に高眼圧、濾過胞形成不全であれば手術室で創をあけて流出を確認します。PFMから流出していなければカニューレで通水して開通させます。落屑緑内障や白内障手術併用例で注意が必要です。手術終了前の前房洗浄を十分行うことが予防になると思います。

おわりに

PFMは前房内に前端を置き、隅角から角膜輪部後方約3mmまでは強膜トンネルを通り、角膜輪部後方約3mmから後方約6mmまでは結膜下に置かれます。その結果トラベクレクトミーよりも濾過胞は後方にできます。私見ですが、このことはプロスタグランディン製剤を長期間使用した眼瞼硬化症例には、トラベクレクトミーよりも濾過胞生存にとって有利な条件になると思われます。

また、複数回手術後の結膜癒痕症例であっても、PFMの刺入部位は角膜輪部後方3mmですから、角膜輪部全周に結膜癒痕があったと

しても角膜輪部後方3mm未満にとどまる部位には施術可能です。

自験例ですが、眼内レンズ振盪症例でトラベクレクトミーの術中、周辺虹彩切除術施行時に後房から前房への硝子体脱出を認めました。脱出硝子体だけを切除処理して強膜フラップを縫合閉鎖した後、マイトマイシンC処理した同じ強膜術野にPFM挿入を行い濾過手術を達成することができました。PFMは濾過手術の適応を拡大してくれる有用なデバイスです。

表紙写真：「夕暮れシルエット」（2024年2月12日撮影）

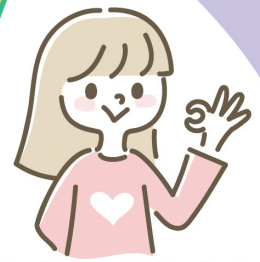
撮 影：小林 純一 医師

晴れた日には毎日見られる光景だが、同じ快晴の空でも日により色合いが違う。この日はまるで大自然のなかで迎える、燃えるような夕暮れであった。那珂川沿いの堤防から撮影。

カメラ：ニコンD850
レンズ：80~400mm(80mm) f4.5
露出モード：絞り優先オート +0.3EV補正

絞り：f8
シャッタースピード：1/2秒
ISO感度：800
文責：高橋 慎也

間欠性外斜視 に対する 斜視訓練



● はじめに

当院では、間欠性外斜視（IXT）に対して斜視訓練を行なっています。

間欠性外斜視は、外斜視と外斜位の両方がある状態です。通常、斜視であれば複視を感じますが、生活するうえでの複視はとても厄介です。そのため、斜視眼からの情報を頭の中で消してしてしまうこと（抑制）があります。抑制があると、外斜視の時でも複視を感じず、生活で不便を感じる事がなくなり、外斜視の頻度が増える、という悪循環が生まれます。斜位に持ち込むために斜視訓練は一つの選択肢になります。

IXTに対する斜視訓練の目的は、感覚面と運動面で問題がある部分を改善し、斜位化および斜位の維持を行うことです。現在約20人程担当しています。

斜視角が小さく手術適応とならない症例や斜視手術後の眼位コントロールにも行っています。

間欠性外斜視の発生メカニズムを図1に示します。斜視角が小さくても安定して斜位化できない場合は訓練の適応になります。

図1

《 間欠性外斜視の発生メカニズム 》

両眼視機能の感受性期

眼位異常発生

抑制・融像障害

両眼視機能異常

安定して斜位にできないため、
間欠性外斜視になる

斜視訓練の目的

両眼視機能を改善して
斜視を安定させること

● 適 応

適応を以下に示します。眼位異常は25Δを超える斜視では行えず、年齢も理解力と可塑性の観点から制限があります。適応判

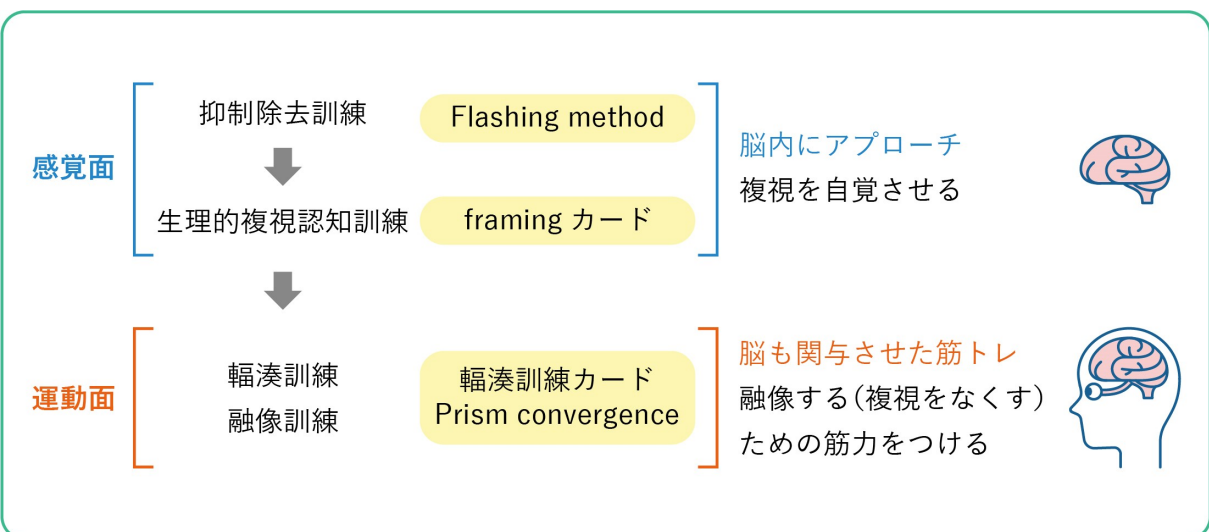
断は難しく、一度トライしてみて判断することもあります。

- 年 齢： 6歳半～12歳程度まで（抑制除去訓練を実施する場合）
6歳半～成人期まで（融像訓練、輻湊訓練を実施する場合）
年齢が低い方が効果は高いですが、自覚的検査を多く含むため理解力も考慮し通常は8歳ころあたりからが理想です。
- 視機能： 視力（1.0）以上。NRC。近見立体視が正常。
- 斜視角： 25Δ未満（25Δ以上は斜視手術）
- 家族の協力が得られるか？（家庭訓練を基本的に行う為、とても大切）
- 通院は可能か？（はじめのうちは2週間→1ヵ月間隔）

● 訓練の流れ

訓練の流れは、土台となる感覚面の訓練から始め、抑制除去訓練で大きな抑制を除去したあと、生理的複視認知訓練で中心窩付近の抑制を除去し、複視を自覚させます。

土台が完成したら、運動面を鍛えるために輻湊と融像の訓練をします。ただ力を上げるのではなく、脳で認知させ同時に鍛えることが重要です。



● 症例提示

本症例は、遠見 $20\Delta X(T)$ 、近見 $10\Delta XP$ 、立体視良好で、遠見で斜視化をしている症例です。

Red filter ladderにて赤色の濃度を上げていくと2段目で斜視化し、斜位の維持能力は低いため間欠性外斜視を生じています。

8歳（当時） 女児

- 遠見でXTになりやすい
- 手術希望なし



Dr.より訓練適応あり。
親御さんも同意し、訓練開始。

訓練開始日

矯正視力

APCT

Stereo fly test

Bagolini

Vd=1.2(n.c)

D : $20\Delta X(T)$

F(+) $A(3/3)C(7/9)$

遠近ともに検査時は正位

Vs=1.2(n.c)

N : $10\Delta XP'$

NRC



Red filter ladder（斜位の維持能力を測定）

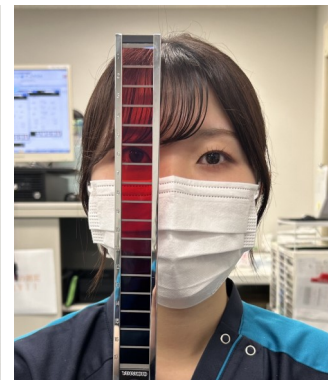
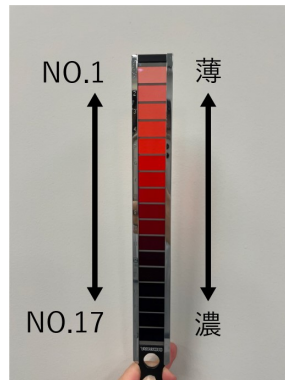
遠近ともにNo.2でXT交叉性dip(+)

Red filter ladder

色が薄いフィルターでXT化



斜位の維持能力 **低**

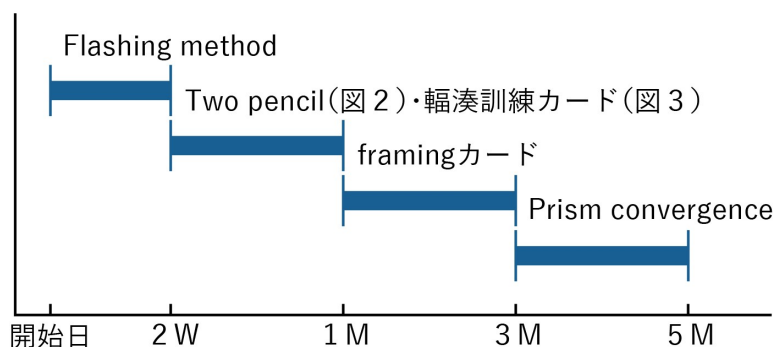


● 訓練の解説

まず、斜視時の抑制に対しFlashing methodを院内で1回、家庭訓練にて2週間行いました。

暗室での抑制はなく、日常視に近い明室での調節視標による抑制除去を行い、抑制は除去されました（Flashing method参照）。次に、家庭訓練として生理的複視認知のた

めに、Two pencil（図2）と輻湊訓練カード（図3）による訓練を行いました。1M以降はより中心窩に近い抑制野を刺激するため、framingカードを行いました。感覚面の訓練後は、融像強化のためにPrism convergenceを行いました。



Flashing method (抑制除去訓練)

- 暗室にて赤フィルター：supp (-)
- 半暗室+赤フィルター：supp (-)
- 明室+光視標+フィルターなし：supp (-)
- 明室+調節視標+フィルターなし：supp (+)



暗室～明室に行くにつれて
日常視に近くなる。
今回は明室にてsupp (+) の
為、抑制は浅めとわかる。



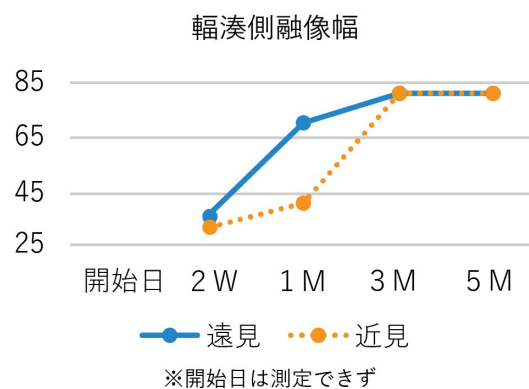
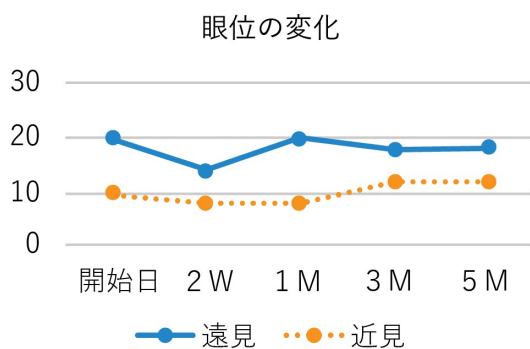
図2 Two pencil



図3 輻湊訓練カード

● 訓練の結果

訓練開始日からの変化



遠見で斜視化しやすい症例であったため、遠くに視標を提示し、融像幅程度のブロックプリズムを眼前に置いて融像する訓練を行いました。融像幅が70Δを超え、遠見眼位20Δの3倍を獲得し、斜位の維持能力が高まったため5ヶ月目で訓練終了としました。

訓練終了後の眼位は斜位を維持しているが、眼位の変化は訓練前とは変化はありません。訓練を行っても眼位の減少はないことがわかります。

当院では1日におおよそ朝食50食、昼食110食、夕食50食もの食事を提供しています。

《 食事が提供されるまでの流れ 》

1 食材の下処理

1日分の食材を1人が担当して準備します。虫や異物が混入しないよう、丁寧に食材をチェックしながら素早く皮剥きや切り込みをします。火の通りや1人分の盛り付け量に差が出ないように、食材の大きさを揃え、また患者様が食べやすい大きさを考慮しています。

2 調理

当院の厨房では主にスチームコンベクションオーブンと回転釜を使用して調理をしています。スチームコンベクションオーブンは蒸す・焼く・煮る・揚げ焼き等の調理ができる機械です。肉料理や魚料理、野菜のお浸し、パンなどをこの機械で加熱しています。スチームコンベクションオーブンは様々な使い方ができるため、栄養科内の勉強会で使い方の勉強をし、より美味しい料理の提供を目指しています。

回転釜は茹でる・炒める・煮る等の調理ができる機械です。当院で好評のカレーはこの回転釜を使って作っています。



3 盛り付け

料理は味だけでなく見た目も重要です。食欲をそそるような綺麗な盛り付けを意識して、また、時間内に提供できるように素早く盛り付けていきます。



4 配膳

当院の栄養科では患者様一人ひとりに合わせた安全で美味しい食事の提供を目指し、管理栄養士、栄養士、調理師、調理員が協力し合い、日々の献立作成と調理をおこなっています。

入院してくる患者様の中には普段とは違う環境で過ごすことへのストレスや、手術前の不安などを感じている方もいるかもしれません。温かくておいしい食事を召し上がることでその気持ちを少しでも和らげ、毎日の食事を楽しみに思っただければと考えております。

今後もよりおいしい食事の提供ができるよう栄養科一丸となって業務に取り組んでいきます。



患者様のご紹介について

当院は予約外の患者様も受診頂けますが、ご紹介頂いた患者様がより円滑に受診頂けるよう地域医療連携室にて事前のご予約をお取りしております。

※ 紹介元の医療機関様のご負担にならない様、患者様から直接のお電話でもご予約頂けます。

地域医療連携室（直通）

TEL 029-248-8705 FAX 029-248-8706

受付時間 9:00~17:00（日曜・祝日を除く）

- 担当医師のご希望がある場合はお申し出ください。
- 医師指定のない場合については、疾患ごとに専門医をご案内致します。
- ホームページから当院への紹介状フォーマットをダウンロードいただけます。
(<https://kozawa-ganka.or.jp/medicalinstitutions/>)

急患の 場合

大変お手数ではございますが、医療機関様から地域医療連携室まで直接お電話ください。

受付時間外の場合は代表電話番号029-246-2111で対応致します。

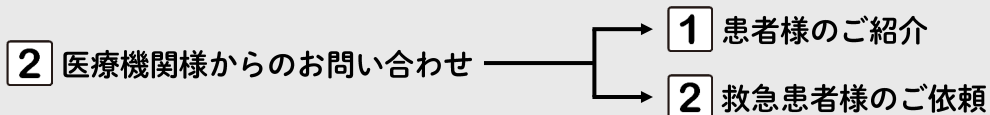
当院看護師より病状確認、患者様の受け入れ準備をさせていただきます。

当日の緊急入院が必要で、病床が満床の場合は、近隣の提携ホテルをご紹介させていただきます。

《代表電話からのご紹介について》

電話自動応答機能（IVR機能）を導入しております。

代表電話からご紹介をいただく場合は、以下の番号をお選びください。



《円錐角膜用コンタクトレンズについて》

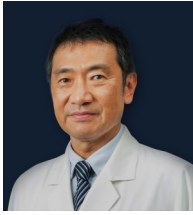
円錐角膜用コンタクトレンズ「ローズK」は吉沢町本院、五軒町診療所にて取り扱っております。円錐角膜用コンタクトレンズ適応の際は、吉沢町本院または五軒町診療所宛てにご紹介ください。

五軒町診療所

〒310-0063 茨城県水戸市五軒町2-2-11

TEL : 029-224-5722 FAX : 029-225-5721

吉沢町本院 眼科



理事長 小沢 忠彦

出身大学：日本医科大学
専門：白内障/緑内障
資格：眼科専門医/眼科指導医



院長 田中 裕一郎

出身大学：東京医科歯科大学
専門：網膜剥離/網膜・硝子体/白内障
/強度近視
資格：眼科専門医/PDT認定医/ICL認定医



副院長 石川 恵里

出身大学：愛媛大学
専門：眼瞼/涙道/白内障/角膜
資格：眼科専門医/ICL認定医
/神経眼科相談医



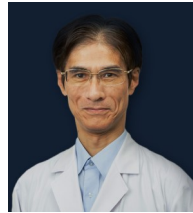
顧問医師 安藤 幹彦

出身大学：昭和大学
専門：角膜/白内障/緑内障
/網膜・硝子体/ぶどう膜炎
資格：眼科専門医



医局長 木住野 源一郎

出身大学：筑波大学
専門：白内障/緑内障/網膜・硝子体
/黄斑変性
資格：眼科専門医



小林 純一

出身大学：東北大学
専門：黄斑変性



新井 郁代

出身大学：獨協医科大学
専門：眼瞼
資格：眼科専門医



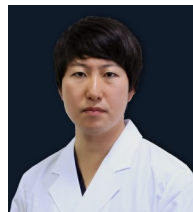
榮木 悠

出身大学：埼玉医科大学
専門：白内障/網膜・硝子体
資格：眼科専門医/PDT認定医



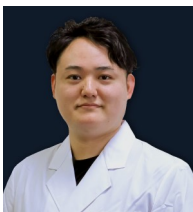
草野 達也

出身大学：帝京大学
専門：眼科一般



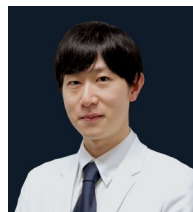
高尾 和弘

出身大学：北里大学
専門：白内障/黄斑変性
資格：眼科専門医



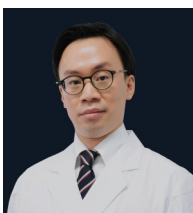
畠 陵馬

出身大学：千葉大学
専門：白内障/緑内障
資格：眼科専門医



佐藤 圭司

出身大学：聖マリアンナ医科大学
専門：眼瞼/涙道
資格：眼科専門医



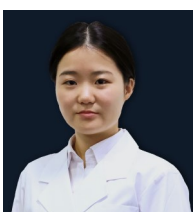
大山 文弘

出身大学：日本大学
専門：眼科一般



六鹿 好志久

出身大学：藤田医科大学
専門：眼科一般



小山 睦美

出身大学：聖マリアンナ医科大学
専門：眼科一般

吉沢町本院 内科



内科部長 水谷 正一

出身大学：筑波大学
専門：糖尿病/高血圧/脂質異常症
資格：認定内科医/糖尿病専門医
/糖尿病指導医



古川 翔

出身大学：金沢医科大学
専門：糖尿病/高血圧/脂質異常症
資格：認定内科医/糖尿病専門医
/内分泌代謝科専門医/産業医

五軒町診療所



診療所院長 木原 真一

出身大学：筑波大学
専門：白内障/眼瞼/涙道
資格：眼科専門医/麻酔科標榜医



今井 正之

出身大学：昭和大学
専門：眼科一般
資格：眼科専門医

大宮診療所



診療所院長 川原 敏行

出身大学：秋田大学
専門：眼科一般
資格：眼科専門医

友部診療所



診療所院長 吉田 なつき

出身大学：埼玉医科大学
専門：神経眼科/斜視・弱視
資格：眼科専門医

神栖診療所



診療所院長 戸田 和重

東京労災病院元眼科部長
/東京慈恵会医科大学元准教授
出身大学：東京慈恵会医科大学
専門：白内障/網膜・硝子体/黄斑変性
資格：眼科専門医/PDT認定医



診療所副院長 広江 孝

出身大学：群馬大学
専門：白内障/緑内障/網膜・硝子体
/黄斑変性
資格：眼科専門医/PDT認定医

専門外来のお知らせ

<p>斜視</p>	<p>後関 利明 先生 (国際医療福祉大学熱海病院 准教授・眼科部長) 斜視外来／手術</p>
<p>診療予定日 (水曜日) 7/10、7/31 8/7、9/11 ※6月の外来は休診となります</p>	<p>斜視専門外来における予約の待機期間について</p> <p>月に1度の斜視専門外来である為、大変混み合っており、予約の無い患者様及び紹介状をお持ちでない患者様につきましても、スクリーニング検査後、他の医療機関をご紹介させていただく場合がございます。</p>
<p>角膜</p>	<p>妹尾 正 先生 (獨協医科大学 眼科学教室 教授) 角膜外来／角膜移植手術</p>
<p>診療予定日 6/26</p>	<p>当院では輸入角膜を用いた全層角膜移植、角膜内皮移植を行っております。手術適応の患者様がいらっしゃいましたら、当院へご紹介ください。</p>
<p>涙道</p>	<p>石川 恵里 医師</p>
<p>診療予定日 (第4、5水曜日) 7/24、7/31 8/28、9/25</p>	<p>涙道疾患が疑われる患者様に対して、当日の涙道内視鏡手術が可能です。通院が難しい患者様には涙道外来日をおすすめいたします。 ※ 涙嚢鼻腔吻合術(DCR)の場合は全身麻酔下での手術となるため、手術日は別日をご案内いたします。</p>
<p>ぶどう膜炎</p>	<p>鴨居 功樹 先生 (東京医科歯科大学病院 講師)</p>
<p>診療予定日 第2、4火曜日</p>	
<p>ロービジョン</p>	<p>野田 信吾 視能訓練士</p>
<p>診療予定日 毎週水曜日</p>	<p>見えにくさによる不自由な部分をお聞きし、解決方法など一緒に検討いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拡大鏡、拡大読書機、遮光眼鏡の選定 ・視覚障害者手帳取得のための検査と書類の申請 など <p>ロービジョン外来は患者様からのご予約いただけます。 (患者様予約TEL：029-304-5550)</p>
<p>義眼作成・調整</p>	<p>アツザワプロテーゼ</p>
<p>来院予定日 (火曜日) 7/9、8/6、9/10</p>	

眼科診療予定一覧表 2024年7月分

都合により、診療時間及び担当医師の変更、休診となる場合があります。

(2024.6.8現在)

		月	火	水	木	金 ^{※1}	土 ^{※2}
小 沢	AM			初診 予約			
	PM	手術		手術			
田 中	AM	初診 予約	初診 予約		初診 予約	手術	初診 予約
	PM	手術	手術		手術	手術	手術
石 川	AM	手術	予約外来	手術		手術	予約外来
	PM	予約外来	手術	予約外来		初診 予約	手術
安 藤	AM	予約外来	手術	予約外来	手術	初診 予約	
	PM	予約外来	予約外来	手術	予約外来	予約外来	
木住野	AM	手術			手術	予約外来	手術
	PM	予約外来			予約外来	手術	予約外来
小 林	AM	予約外来	予約 予約外	予約/注射	予約外来		
	PM	予約 予約外	予約外来	予約 予約外	予約外来		
新 井	AM						
	PM						
榮 木	AM	予約外来	手術	予約外来			予約外来
	PM	予約外来	予約外来	予約外来			予約外来
高 尾	AM	予約外来	予約外来	予約外来		予約外来	
	PM	初診 予約	手術	初診 予約		手術	
畠	AM		手術	予約 予約外	予約外来	予約 予約外	
	PM		初診 予約	手術	初診 予約	予約外来	
佐 藤	AM			予約外来	予約外来	手術	予約外来
	PM	手術		予約外来	手術	予約外来	初診 予約
大 山	AM				予約/注射	予約/注射	予約 予約外
	PM				予約外来	予約(第4・5)	予約 予約外
六 鹿	AM		予約 予約外		手術	手術	予約外/注射
	PM		予約 予約外		予約外来	予約 予約外	予約 予約外
小 山	AM	予約/注射	予約/注射	手術	予約外		予約外来
	PM	手術	予約 予約外	予約外来	予約 予約外		予約外来
草 野	AM	予約 予約外			予約 予約外	予約外来	
	PM	予約外来			予約外来	予約外来	
福 田	AM				予約外来		
	PM				手術		
田 中 (禎)	AM	予約(第1・5)					
	PM	予約(第1・5)					

※1 第1、3金曜日AM 田中院長：[予約外来]、木住野医師：[手術]

※2 第1、3土曜日AM 田中院長：[休診]、石川副院長：[初診・予約]

医療法人 小沢眼科内科病院 吉沢町本院

〒310-0845 茨城県水戸市吉沢町246-6 TEL 029-246-2111 FAX 029-304-5111
<https://kozawa-ganka.or.jp>



休診日	日曜日・祝日
受付時間	午前 8:00~12:00 / 午後 13:00~17:00 コンタクト新規受付時間 午後16:00まで
診療時間	午前 9:00~ / 午後 14:00~

Facebook
Instagram
YouTube
情報発信中!









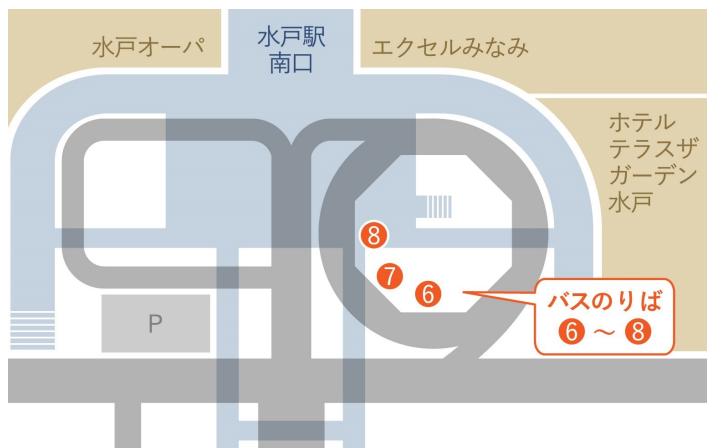

JR水戸駅より

- TAXI** タクシー 南口より約15分
さくら通り経由・小沢眼科吉沢町
- バス** 南口2番のりばより
 「県自動車学校行き」乗車 約30分
 「吉沢市民センター前」下車 徒歩1分
 北口3番のりばより
 「運転免許センター行き」乗車 約20分
 「吉沢中央」下車 徒歩4分
- ※水戸駅南口⇄病院間でシャトルバス運行あり



無料シャトルバス

- 運行区間 : 水戸駅南口 ⇄ 吉沢町本院
- 料 金 : 無料
- 乗り場 : 【水戸駅南口】 バスのりば⑥~⑧
(バスロータリー内)
- 【 病 院 】 正面玄関前



バスのりば	
8	00
9	00
10	00
11	00
12	00
13	00
14	00
15	00
16	00
17	
18	



病院発	
8	
9	30
10	30
11	30
12	30
13	30
14	30
15	30
16	30
17	30
18	30

《注意事項》

- ※ 日曜・祝日・その他休診日は運休となります。
- ※ 道路の混雑状況により時間通りの運行ができなくなる場合がございます。
- ※ 途中乗車・下車はできません。
- ※ 定員制です。満員の際はご乗車いただけません。
- ※ 増発はございません。また、他の交通機関をご利用された場合の保証は致しかねます。