

福山市民病院 紹介患者事前申込用紙 (FAX 用)

年 月 日

※ 受付時間 8 時 30 分から 16 時 45 分

医療支援センター地域医療連携課

FAX 084-946-5209

T E L 084-946-5167

紹介元医療機関 名称及び所在地	
診療科	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

紹介状原本は当日必ずお持ちください。

希望診療科・医師名	科	医師 ・ 希望なし
第 1 希望日時	年 月 日 (曜日)	時 分頃
第 2 希望日時	年 月 日 (曜日)	時 分頃

* 予約状況によっては、ご希望に沿えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※緊急で当日の受診が必要な場合は、病院代表電話 084-941-5151 から各診療科の医師へ直接ご相談ください。

ふりがな	男 ・ 女 様	生年月日
患者名		西暦 年 月 日 大正・昭和 平成・令和 () 歳
(旧姓) ※重複登録防止のため確認しています。		
現住所	電話番号 (自宅・携帯)	
紹介目的 : 治療 ・ 精査 ・ 手術 ・ その他 ()		
傷病名・主訴:		
紹介内容、症状経過(告知の有無等)をなるべく詳細にご記入ください。		
※ 該当する場合 チェックしてください	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい者 ➡	遠隔手話通訳の利用 (希望・不要) <input type="checkbox"/> 通訳者が同伴予定
		<input type="checkbox"/> 外国人 (言語)
施行済の検査について、持参可能なものに✓をお願いします。 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理組織診断 <input type="checkbox"/> その他 ()		ビグアナイド系「メグロコ等」の内服 (有 ・ 無)
画像データ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		透析シャント (右 ・ 左)
当 院 の 受 診 歴 (有 ・ 不詳 ・ 無)		ADL ・ 移動 (独歩 ・ 車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ ストレッチャー)

★患者さんの診察準備及びカルテ作成に必要となるため、太線の枠内は全てご記入をお願いします。

開放病床登録医の方へ…紹介患者さんが入院の場合、開放病床への入院を (希望する ・ 希望しない) * 開放病床への入院を希望される場合は、この用紙を「開放病床利用届出書」に代用させていただきます。
<input type="checkbox"/> 広島県医師会の「HMネット」に参加しており、当院の「情報開示カード発行」を希望する。
<input type="checkbox"/> 広島県医師会の「HMカード」を既に持っており、当院の情報開示ラベルの印刷のみを希望する。

「CT」単純検査の説明書、及び同意書

福山市民病院で CT 検査を受けられる方へ

CT 検査は放射線を使う検査のため医療被ばくを伴いますが、疾病評価につながる有益な情報を得ることを目的としています。

※ 検査前の注意事項

1. 「ご紹介患者様予約票」記載の時間をご確認の上、⑦番紹介受付にて受付後、放射線科受付におこしください。
2. 検査当日の食事について
 - ・当日の食事につきましては「ご紹介患者様予約票」に記載していますのでご確認をお願いします。
 - ・服用中のお薬については担当医の指示に従ってください。
3. 検査前の準備
 - ・体内にペースメーカー等がある場合は事前にお知らせください。
 - ・妊娠している、または妊娠の可能性がある方は必ず事前にお知らせください。
 - ・金属製のボタン・ファスナーや金属フックが付いている衣服や下着などがあれば外して頂きます。金属のついていない服であればそのまま検査を行うことができます。ベルトやファスナーを検査台ですらして頂く場合があります。検査着が必要な場合は準備しますのでお申し出ください。
 - ・インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用されている場合は検査当日に外してください。
4. 放射線被ばくについて
医療被ばくには、線量限度はありません。被ばく線量は検査内容によって異なりますが、放射線診療スタッフが医療被ばくに関するガイドラインに沿って最適化を行い実施しています。

単純 CT 検査と医療被ばくの説明を受け、検査の実施に同意されましたらご署名下さい。

署名日時 年 月 日

患者名前 _____

説明日 年 月 日

病院名 _____ 説明医師 _____

福山市民病院
電話 084-941-5151