

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 | |
| F A X 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なため、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。 |

造影CT検査の説明書

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、放射線科受付にお越しください。
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
 - ・ 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ず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。

※ 造影CT検査を受けられる方へ

造影剤を使用した検査前後に、水分を摂ることは造影剤による副作用を軽減させるために有用とされています。検査開始までに、水もしくはお茶を500mlのペットボトル半分を目安にお摂りください。絶食の方も同様です。検査が終わった後も、検査当日はいつもより多めに水分を摂るようにして下さい。なお、水分を制限されている方はお知らせください。

又、検査終了後、数時間から数日後、まれに、頭痛、吐き気、かゆみ、じんましんなどの症状があらわれることがあります。何か症状がみられましたら、福山市民病院へご連絡ください。

福山市民病院

電話 084-941-5151

「CT」造影検査の説明・同意書、及び問診票

造影剤は検査に非常に有用な薬剤で、一部疾患ではほぼ必須の場合もあります。しかし、時に以下の副作用が出現することがあります。福山市民病院放射線科では、検査を受けるにあたっては患者さまの十分な納得と同意を得た上で検査を行いたいと考えています。造影 CT 検査と医療被ばくについて同意されましたらご署名下さい。また、質問にもご記入をお願いいたします。

1. 造影剤を使用する意義 造影剤を静脈内に注入して撮像することで、より精度の高い診断ができます。
2. 造影剤の副作用について 造影剤の使用によって時に次のような副作用が出現することがあります。
副作用の発現頻度は以下の通りです。
軽症（かゆみや蕁麻疹、腹部の不快感、嘔吐、息切れなど）約 33 人に 1 人
重症（ショック、意識消失、心停止、肝・腎・その他障害など）約 2,500 人から 25,000 人に 1 人
死亡約 16 万人から 40 万人に 1 人
3. 副作用発生時、直ちに必要な処置を行わせていただきます。

造影剤を安全に使用するために**太ワク内**にご記入下さい。

| 質 問 事 項 | | | | 回 答 欄 | | 医師チェック欄 |
|---|----------------------|----|----|---------|--------------|---------|
| | | | | はい | いいえ | 特記事項 |
| 1. CT室での造影剤の注射は初めてですか。 | | | | はい | いいえ | |
| 2. 造影剤でくしゃみ、せき、嘔吐、吐き気、じんましん、気分不良、冷や汗が出た など体の具合が悪くなったことがありますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 3. 甲状腺機能亢進症といわれたことがありますか。 | | | | はい | いいえ | |
| ※ 6 か月以内の検査値 (TSH :) (T3 :) (T4 :) | | | | | | |
| 4. 気管支喘息といわれたことがありますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 5. 薬や食物で体の具合が悪くなったことがありますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 6. 現在、糖尿病のお薬を飲まれていますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 糖尿病薬名 メトグルコ、メデット、ネルビス、グリコラン、メトホルミン、 配合錠（メタクト、エクメット、イニシンク、メトアナ）、ジベトス、ジベトンS | | | | | | |
| 7. 血縁の方が造影剤を使用して重篤な状態になったことがありますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 8. 以下の病気と言われたことがありますか。 (マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫) | | | | はい | いいえ | |
| 9. 体内にペースメーカー等ありますか。 (PM・ICD・CRTD) | | | | はい | いいえ | |
| 10. 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ますか。 | | | | はい | いいえ | |
| 11. 体内に皮下埋め込み型ポートがありますか。() | | | | はい | いいえ | |
| ○記入項目 | 水分制限 | あり | なし | eGFR の値 | ※ 3 か月以内の検査値 | |
| | なしの場合 250ml 以上の飲水 | あり | なし | | | |
| 医師より造影 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すか。 (同意します・同意しません) | | | | | 患者の署名 | |
| 質問事項・同意書を確認の上、検査を依頼します。 ポートの使用 (可 ・ 不可) | | | | | 医師の立ち会い | |
| 年 月 日 医師の署名 | | | | | あり | なし |

・ ☐ 質問事項記入 ・ ☐ 同意書サイン ・ ☐ 医師サイン ・ ☐ 水分確認 ⇒ ☐ 問診票確認