

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

TEL 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
(旧姓)※重複登録防止のため確認しています。		大正・昭和 () 歳 平成・令和
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 () <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		ビグアナイド系「メグルコ等」の内服 (有 ・ 無) 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。

☐ 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。

☐ 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。

ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット） 診療情報開示システムに関する説明書



1. 診療情報開示システムとは

診療情報開示システムとは、広島県医師会が運営するひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）を利用し、福山市民病院の診療情報をあなたの同意のもと他の医療機関から参照するための仕組みです。

これにより複数医療機関による重複検査や重複投薬を回避することが可能となり、肉体的、経済的負担が軽減され、また診療の質や効率を向上させることができます。

2. 情報開示カードについて

「情報開示カード」は、福山市民病院のあなたの診療情報を他の病医院の医師に見てもらいたい場合に、福山市民病院で発行を受けるカードです。カードを他の病医院に提示すると、福山市民病院の診療情報を他の病医院の医師が参照することができます。

3. 情報開示カードを利用するメリット

- （1）薬剤禁忌やアレルギー情報などが共有されるため、医療の安全性が向上します。
- （2）フィルムや資料を持ち運ぶ手間が一部省略できます。
- （3）複数医療機関の治療方針や説明が一致するため、安心して治療を受けることができます。

4. 留意・確認事項

■福山市民病院から発行される「情報開示カード」を患者さま自身が HM ネットに参加する情報閲覧が可能な医療機関に提出した場合、2012 年（平成 24 年）11 月 1 日を基準日とし、基準日以降、福山市民病院を受診された各診療科の情報が当該病医院の医師により参照されることについてご了承下さい。

ただし、患者さまのプライバシーが著しく侵害される恐れがあると患者さま及び福山市民病院の医師が判断した場合には、相談のうえ、システムで対応可能な公開範囲のご要望を受け付けます。

■「情報開示カード」の有効期間はありませんが、有効期間設定を希望される場合には福山市民病院の「情報開示カード」発行担当部署（地域医療連携課）に申し出て下さい。また、有効期限の途中で無効とすることができますのでその場合も申し出てください。

■「情報開示カード」を紛失された場合には、発行担当部署（地域医療連携課）に申し出て下さい。

■「情報開示カード」はあなたご自身が保管することを原則とします。

ただし、かかりつけ病医院の医師とあなたの間で「情報開示カード」の運用に起因し、何らかのトラブルが生じた場合には、あなたとかかりつけ病医院の医師との間で解決していただくことになります。

■診療情報開示システムは、患者さまの経済的・肉体的負担を軽減する目的、患者さんの医療安全を確保する目的、および患者さまに適切なチーム医療を施す目的以外では使用することはありません。

*患者さまの中には福山市民病院で複数の診療科にかかられている方も多くおられます。

日常あなたを診療して下さるかかりつけ医の医師に、あなたに関する福山市民病院の診療内容（例えば投薬内容）を不足なく知っていただくことは、あなたの健康保持や療養生活にとって非常に大切なことです。HM ネット診療情報開示システムへのご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。



個人情報の取り扱いについて

§ HM ネット個人情報保護方針（プライバシーポリシー）

HM ネットではご利用いただく皆様により良い医療を受けていただくため、個人情報のご提供をいただいております。皆様よりご提供いただく個人情報は、心身の状況にふれるものであり、プライバシーの保護等において特段の配慮がなされなければなりません。HM ネットでは個人情報の適切な保護と管理のため、本方針を定め確実な運用に努めます。

1. HM ネットでは、「広島県個人情報保護条例」に基づき、保有する個人情報を適切に保護、管理し、皆様により良い医療を提供する目的以外で使用することはいたしません。
2. HM ネットでは、必要かつ適切なセキュリティ対策を講じることにより、取扱う個人情報の漏えい、滅失、き損の防止及び是正に努めます。
3. HM ネットでは、個人情報の取扱い及び管理方法に関する皆様からの苦情やお問い合わせに対し誠意を持って対応いたします。

§ HM ネットにおける個人情報の取り扱いについて

1. 個人情報の利用目的

HM ネットに参加している施設の医療従事者が皆様の診療情報を共有し、安心・安全な医療と福祉を効率的に提供することを目的として、皆様の個人情報を利用します。

2. 個人情報の取得範囲

HM ネットは、同意書のご提出を前提として、皆様の氏名・性別・住所などの他、診療・看護及び皆様の医療に係る範囲において個人情報を取得します。

3. 個人情報の第三者への提供

あらかじめご本人の同意をいただくことなく、HMネット参加施設以外の者に皆様の個人情報を提供することはいたしません。ただし、人命や人権を保護するために緊急を要する場合、または司法機関・警察などの公共機関による法令に基づく要請に協力する場合、その他法令に従う場合には、皆様にお断りすることなく情報を開示することがあります。

4. 個人情報の管理について

HM ネットでは、ご提供いただいた個人情報を紛失、き損することのないよう厳重なデータ管理を実施します。またユーザーID、パスワードを取得した医療従事者のみアクセス可能な環境下に保管し、第三者に漏えい、または外部から改変されることのないよう、厳重なセキュリティ管理を実施します。

5. 個人情報の訂正・追加・利用停止・削除請求への対応

皆様の個人情報について、訂正・追加・利用停止・削除などを希望される場合には、HMネットの規定に従い誠実に対応させていただきます。その際ご本人であることを確認するための書類をご提示いただくことがあります。

ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット） 診療情報開示システムに関する同意書



広島県医師会 会長 様
(福山市民病院 院長 様)

私は、「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット。以下「HMネット」という。）
診療情報開示システムに関する説明書【HM説－001】」の内容を充分理解し、次の事
項に同意します。

- 1 福山市民病院で発行されたひろしま医療情報ネットワーク診療情報開示カード
を、私もしくは私の代理人の意思で、「HM ネット」に参加する施設の医療従事者
に提示した場合、私の福山市民病院における医療情報が、「HM ネット」参加医療
機関の医療従事者により参照されることに同意します。
- 2 診療情報の開示については、私もしくは私の代理人の意思で実現されるものであ
り、これに関わる個人情報の保護責任は、私もしくは私の代理人に帰することに同
意します。
- 3 私の個人情報が、別紙に記載されている HM ネット個人情報保護方針に基づき、
本システム内で管理されることに同意します。
- 4 「HM ネット」参加医療機関から参照される福山市民病院における医療情報は、
基準日（2012 年（平成 24 年）11 月 1 日）以降のものであることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名前（署名）_____

代理人署名_____

（住所 _____ 続柄 _____ ）

※患者さま本人が署名できない場合は、代理人により記入してください。
また、代理人の場合は代理人署名、住所、続柄を記載してください。

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
1. CT室での造影剤の注射は初めてですか。				はい	いいえ	特記事項
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