

# 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「メトグルコ等」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。

## 福山市民病院で RI（放射性同位元素）検査を受けられる方へ

RI 検査は放射性医薬品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にしています。

### 検査名：骨シンチグラフィー（全身骨の検査です）

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. 検査時間は注射をしてから目的の部位に薬が集まるまで待ちます。2 時間半～4 時間後に検査を行いますので注射後の詳しい検査時間は注射終了後にお伝えします。

### \*キャンセルの場合

放射性医薬品は、高価で検査当日のみ有効となっています。すべて検査前日に薬を注文し、当日航空便で届きます。指定の日時に都合が悪くなった場合は、検査の 2 日前までに福山市民病院放射線科にご連絡ください。  
**患者さまの都合により、検査の 2 日前を過ぎてキャンセルされますと、薬剤料金の全額を自費で請求させていただく場合があります。**

### \*検査に関する注意事項

1. 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。
2. 膀胱に尿がたまっていると骨盤がきれいに写りません。検査直前に排尿をしてください。
3. ごく微量の放射性物質を使っていますので人体に影響はありません。人体に入った放射性物質は時間とともに減衰します（6 時間で半分）。
4. 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。

### \*次の方はあらかじめ主治医に申し出てください

1. 女性の場合は、妊娠または妊娠している可能性のある方、授乳中の方。
2. 今まで薬を使用してアレルギー反応を起こしたことのある方。
3. 3 日前から検査当日の間にバリウム検査（胃透視、注腸検査）を行った方、行う予定のある方。

福山市民病院  
電話 084-941-5151

## RI（放射性同位元素）検査同意書

福山市民病院院長様

私は、RI 検査の内容と医療被ばくの説明を受け、検査の実施に同意します。

※使用する薬剤は高価なため、患者さまの都合により、検査の2日前を過ぎてキャンセルされますと、薬剤料金の全額を自費で請求させていただく場合があります。

検 査 名 骨シンチグラフィー

検 査 日

病 院 名

説 明 医 師

年            月            日

本人署名

代理人署名 (続柄)