

# 福山市民病院 紹介患者事前申込用紙 (FAX 用)

年 月 日

※受診の際は紹介状(診療情報提供書)をご持参ください。

**医療支援センター 地域医療連携課**  
**FAX 084-946-5209**

受付時間 8時30分から17時15分迄  
 地域医療連携課直通電話 TEL. 084-946-5167

紹介元医療機関の 名称及びご住所	
診 療 科	
医 師 名	
電 話 番 号	
F A X 番 号	

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。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
患者名		明治・大正 昭和・平成 西暦	( ) 歳
現住所	電話番号 (自宅・携帯等)		
紹介目的 治療・精査・手術・その他 ( )	内服薬 抗血小板薬 (有・無)・抗凝固薬 (有・無)		
<b>傷病名・主訴等&lt;診療情報提供書の添付がある場合は記載不要&gt;</b> (医師への依頼事項をご記入ください)			
当院の受診歴 (有・不詳・無)	※当院の診察券 (有・無)		
※重複登録防止のため、当院の受診歴のある方で姓が 変わった方の旧姓確認をさせていただきます。	旧 姓 ( )		

★患者さんの診察準備・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いたします。

開放病床登録医の方へ (入院の場合) 開放病床への入院を (希望する ・ 希望しない )
その他の連絡事項

★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。

※患者さんに受診当日「お薬手帳」をご持参いただけようお伝えいただけましたら幸いです。  
 ※当日受診が必要な場合は、病院代表電話 084-941-5151 から各診療科の外来担当医師に直接ご相談ください。

## MRI 造影検査の説明、同意書

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。以下の文章をお読みになり造影検査に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。

軽度：約 50 人から 100 人に 1 人、重症：19,000 人に 1 人、死亡：8 3 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 及び特記事項
	はい	いいえ	
1. MRI 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. 気管支喘息といわれたことがありますか。	はい	いいえ	
4. てんかん、痙攣がおき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. 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	
7. ヘモクロマトーシス等鉄過敏症ですか。	はい	いいえ	

○ 看護師記入項目	eGFR の値	
-----------	---------	--

医師より MRI 検査における造影剤の使用についてその意義と副作用について説明を受け、納得した上で造影剤の使用について同意されますか。 (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。 年 月 日 医師の署名	医師の立ち会い	
	あり	なし