

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

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	

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

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
患者名		明治・大正 年 月 日 昭和・平成 () 歳 令和・西暦
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)	
傷病名および医師への紹介目的、紹介内容を必ずご記入ください。 《診療情報提供書の添付がある場合は記載不要》		
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、当院に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いております。	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)

★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」を持参するようお願い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。

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きます場合があります。

*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）。

*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

