

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 令和・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)	
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)

★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。

「CT」単純検査の説明書、及び同意書

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、放射線科受付におこしください。
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
 - ・体内にペースメーカー等がある場合は事前にお知らせください。
 - ・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。
 - ・金属のついた服や下着、貴金属などは外していただくことがあります。
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。

単純 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したらご署名下さい。

署名日時 年 月 日

患者名前 _____

説明日 年 月 日

病院名 _____ 説明医師 _____