

検査予約申込書 (FAX用)

紹介元医療機関名

医師名 _____ ⑩ TEL _____

住所 _____ FAX _____

●受診希望日 第1希望 月 日 () 曜 備考 [_____]
 第2希望 月 日 () 曜

必須 患者情報	フリガナ (キョウセイ)	性別 男・女
	患者氏名 (旧姓)	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	〒 ー 住所	
	TEL	受診歴 あり・なし <input type="checkbox"/> 24時間連携在宅患者

診療情報提供書

必須 診療情報欄	傷病名及び主訴
	紹介目的及び治療経過
	17時以降の検査予約の読影 (有・無)
抗凝固剤服用(有・無) ()日前より休薬しています	

検査申込欄	CT・MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 造影剤アレルギー (有・無) 喘息 腎機能障害	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR I ↓ ペースメーカー 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位 ()
	大腸検査	<input type="checkbox"/> 大腸CT 嚥下障害 (有・無)	透視検査 <input type="checkbox"/> 食道・胃透視 嚥下障害 (有・無)
	一般撮影	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DXA) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻胃カメラ <input type="checkbox"/> PEG交換 () <input type="checkbox"/> 大腸カメラ (スクリーニングのみ希望) 嚥下障害 (有・無) <input type="checkbox"/> 鎮静剤希望 (有・無) <input type="checkbox"/> 結果報告CD (有・無)	
	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心臓エコー	
	循環器検査	<input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図	24時間ホルターは装着の為2日間の来院となります。 検査結果につきましては検査終了後10日以内の郵送となります

造影検査は腎機能のわかる採血データ(検査予約日の三ヶ月以内のデータ)を事前にFAXお願いします

大阪府済生会富田林病院 地域医療連携室 TEL 0721-29-4469 FAX 0721-29-4448