

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院 診療情報提供書(検査等予約申込書)

紹介元

医療機関名

住所地

TEL

FAX

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 (男・女)
患者氏名			年 月 日
住所	〒	電話番号	自宅 携帯
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
先生	区分	本人・家族	老人一部負担金助成
		負担割合	0割・1割・3割

先生

当院受診暦(有・無)(ID) 受診希望日(有・無) 平成 年 月 日()

☆あてはまる項目にチェックをつけてください

[患者情報]	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎不全	<input type="checkbox"/> 抗コリン薬剤禁	透析日コース 月水金・火木土 曜日の指定 月・火・水・木・金・土
	<input type="checkbox"/> 片麻痺	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー	
	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症	HCV <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	<input type="checkbox"/> 妊娠(有・無)	HBsAg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		

☆ 傷病名 ()

☆ 紹介目的 下記の検査

☆ 既往歴・家族歴・症状経過・検査結果・処方等 ()

[細菌検査] ヘリコバクタピロリ呼吸気テスト

[生理機能検査] **心機能検査** ホルター心電図 トレッドミル負荷

超音波検査 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) 甲状腺・副甲状腺 頸動脈 心臓超音波

その他 精密呼吸機能検査

* 脳波検査は診察が必要です

[放射線検査] 希望される画像出力法(どちらか一つお選びください)
 CD フィルム

MRI検査(1予約1部位まで) 造影剤 [不要・要](要)の場合血清クレアチニン(mg/dl、測定日 年 月 日)
心臓ペースメーカー/埋め込み型除細動器 [有・無] 脳動脈瘤クリップ [有・無]
留置6週間以内のステント [有・無]

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> 頸髄	<input type="checkbox"/> 骨関節(右)
<input type="checkbox"/> 脳・MRA	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 胸髄	<input type="checkbox"/> 骨関節(左)
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腎副腎	<input type="checkbox"/> 腰仙髄	<input type="checkbox"/> 軟部組織
<input type="checkbox"/> 頸部・MRA	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 股関節	

CT検査(1予約1部位まで) 造影剤 [不要・要](要)の場合血清クレアチニン(mg/dl、測定日 年 月 日)
造影(要)の場合はビグアナイド系糖尿病薬[有・無]

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 中耳ターゲット
<input type="checkbox"/> 顔面・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> 胸・肝	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 造影CTA(心臓を除く)
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 肝・骨盤	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影CTA
					<input type="checkbox"/> βブロッカー使用(可・不可)

RI検査 骨シンチ 腎シンチ・レノグラム
 ガリウムシンチ 肺血流(Tc-MAA)

DIC検査 DIC-CT検査(各科外来診察が必要)

消化管X線撮影 咽頭・食道 食道・胃・十二指腸 胃・十二指腸 注腸
※注腸検査には前処置が必要です。 ※ご不明な点は放射線科(内線2111)までご連絡ください。

骨密度検査(DEXA法) 腰椎正面 前腕 大腿 腰椎(正・側)

[内視鏡検査] 胃内視鏡 大腸内視鏡
※大腸内視鏡は先に内科診察が必要です。 ※ご不明な点は内視鏡センター(内線2191)までご連絡ください。

※お問い合わせ先 (FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応)
地域連携室 (受付時間8:30~19:30)

TEL (06)6441-5451(代)
TEL (06)6441-5463(直通)

FAX (06)6441-0512(直通)
FAX (06)6459-4599(直通)