

# JCHO大阪病院 検査予約申込書

予約センター FAX : 06-6459-4599

申込日      年      月      日

紹介元	医療機関名	医師名		
	住所	電話番号		
患者	ふりがな	性別	生年	大正・昭和
	お名前	男	月日	平成・令和
		女	電話	西暦
			番号	年
JCHO大阪病院 受診歴 (旧 大阪厚生年金病院)		<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		
傷病名 (主訴又は病名)				★ 当日は診療情報提供書をご持参ください ★ 胃内視鏡検査の場合は、検査日の2日前までに診療情報提供書のFAXをお願いいたします
受診 希望日	①	年	月	日( ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日( )
	②	年	月	日( ) <input type="checkbox"/> 希望なし
	③	年	月	日( )

## 検査指示内容

★  内にチェック✓を、有・無の何れかに○を、その他必要事項を記入してください

【生理機能検査】	《心機能検査》 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル負荷	
	《超音波検査》 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺・副甲状腺    《その他》 <input type="checkbox"/> 精密呼吸機能検査	
	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・脾・腎)	
【内視鏡検査】	抗凝固剤の内服 [ 無 ・ 有 ]	
	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡(診察の予約をお取りし、診察後、別日に検査となります)	
【放射線検査】	<input type="checkbox"/> フィルムでの出力希望 (チェックが無い場合はCDでお渡しします)	
<b>MRI検査 (1予約1部位まで)</b>		
● 脳動脈瘤クリップ [ 無 ・ 有 ] → [有]の場合は、MRI対応かの確認をお願いします		
● 心臓ペースメーカー/埋め込み型除細動器 [ 無 ・ 有 ]		
→ [有]の場合は、ペースメーカー外来受診していただきます。ペースメーカー手帳をお持ちください。		
検査方法 [ 単純 ・ 造影 ] → 造影の場合は、下記を記入してください		
● 4か月以内の血清クレアチニン [                      mg/dl : 測定日      年      月      日 ]		
* 喘息・造影剤アレルギーの方は、検査できないことがあります。		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> 脊椎[ 頸・胸・腰 ]
<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 関節[ 左・右 ][ 股・膝・肩・その他(      ) ]
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> その他(      )
<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
<b>CT検査</b>		
● 心臓ペースメーカー/埋め込み型除細動器 [ 無 ・ 有 ]		
→ [有]の場合は、ペースメーカー手帳をお持ちください。		
検査方法 [ 単純 ・ 造影 ] → 造影の場合は、下記を記入してください		
● 4か月以内の血清クレアチニン [                      mg/dl : 測定日      年      月      日 ]		
● ビグアナイド系糖尿病薬の服用 [ 無 ・ 有 ] → [有]の場合は、造影検査の前後2日間の中止が必要です。		
* 喘息・造影剤アレルギーの方は、検査できないことがあります。		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 腹部(肝胆膵・腎・骨盤)	<input type="checkbox"/> その他(      )
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 冠動脈 → βブロッカー使用 [ 可 ・ 不可 ]	
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎[ 頸・胸・腰 ]	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 関節[ 左・右 ][ 股・膝・肩・その他(      ) ]	
RI検査 <input type="checkbox"/> 骨シンチ	骨密度検査(DEXA法) <input type="checkbox"/> 腰椎正面+大腿頸部	

★ 予約日時が確定後、「同意書」「予約通知書」等をFAXでお送りします。  
患者様へお渡しいただき、受診当日、診療情報提供書とともにご持参くださいますよう、お伝えください。

★ 平日9:00~19:30以外(時間外・休日)の着信分は、翌平日の対応となります

お問合せ: JCHO大阪病院 地域連携室    TEL : 06-6441-5463(直) / 06-6441-5451(代)