

# 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	主 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 西暦
	お名前	男	年	月
		女	日	日
		電話番号	—	—
	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="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
		<input type="checkbox"/> 頸動脈	《その他》 <input type="checkbox"/> 精密呼吸機能検査
		<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対応型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 ]			
→ MRI対応型であっても、当院循環器内科受診後の検査となります。MRI対応カードとPM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ヶ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ヶ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"/> 冠動脈 → βブロッカー使用 [ 可 ・ 不可 ]	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 大腸CT(診察の予約をお取りし、診察後、別日に検査となります)		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎[ 頸・胸・腰 ]	<input type="checkbox"/> その他	
<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(原則右側)

★ 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)