

JCHO大阪病院 検査予約申込書

申込日 年 月 日

電話:06-6441-5463(地域連携室) ①電話で検査指示内容を聞き取り、検査日を確定 ②予約通知書等をFAXで送信します

FAX:06-6441-0512(地域連携室) ①この用紙へ必要事項を記入しFAX ②予約通知書等をFAXで送信します

※ 平日19:30以降、土日祝の着信分は、翌平日の対応となります

| | | |
|-------|---|-------------------------------------|
| 紹介元 | 医療機関名 | 医師名 |
| | 住所 | FAX番号 |
| 患者 | ふりがな | 大正・昭和 平成・令和 西暦 |
| | 氏名 | 年 月 日生 |
| | | 男 |
| | | 女 |
| | JCHO大阪病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号 <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| | (旧 大阪厚生年金病院) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 傷病名 主訴又は 病名 | ※ 検査当日は、診療情報提供書をご持参ください |
| 検査希望日 | ① 年 月 日 () | <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () |
| | ② 年 月 日 () | <input type="checkbox"/> 希望無し |

検査指示内容 内に✓を、有・無のいずれかに○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 《その他》 <input type="checkbox"/> 精密呼吸機能検査 《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 <input type="checkbox"/> 腹部(肝胆膵・脾・腎) |
| 内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 → 鎮静 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※抗血栓薬の服用 [無 ・ 有] →有の場合：消化器内科の診察予約をお取りし、診察後別日に検査します <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 (消化器内科の診察予約をお取りし、診察後別日に検査します) |
| 放射線検査 (1予約1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-Rでお渡します) |
| MRI | ※ 脳動脈クリップ [無 ・ 有] →有の場合：MRI対応型かの確認をお願いします <input type="checkbox"/> 済 ※ 心臓ペースメーカー/埋込型除細動器 [無 ・ 有] →有の場合：当院で挿入した方のみ予約可能**です ** 有りの場合：ペースメーカー外来(火曜日)の予約を取得し、同日の外来後にMRIを予約します |
| 検査方法 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 → 以下をご記入・ご確認ください ● 4か月以内の血清クレアチニン [mg/dℓ (測定日： 年 月 日)] * お申し込み時点でご不明の場合は、当日持参の診療情報提供書にご記載ください |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部+MRA <input type="checkbox"/> 胆肝膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> その他 () |
| CT | ※ 心臓ペースメーカー/埋込型除細動器 [無 ・ 有] →有の場合：検査時ペースメーカー手帳を持参してください |
| 検査方法 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 → 以下をご記入・ご確認ください ● 4か月以内の血清クレアチニン [mg/dℓ (測定日： 年 月 日)] * お申し込み時点でご不明の場合は、当日持参の診療情報提供書にご記載ください ● ビグアイド系糖尿病薬の服用 [無 ・ 有] →有の場合：検査前後2日間、休薬してください |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝胆膵・腎・骨盤腔) <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 冠動脈 → βブロッカーの使用 [可 ・ 不可] <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 大腸CT (放射線診断科の診察予約をお取りし、診察後別日に検査します) |
| RI | <input type="checkbox"/> 骨シンチ ※ 負荷心筋血流シンチは別途予約申込書からお申込みください |
| 骨密度 | <input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA法：腰椎正面+大腿頸部) |

予約通知書・同意書等が届きましたら、内容をご確認いただき、患者様にご説明ください