

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

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

紹介元	医療機関名	医師名	
	住所	電話番号	FAX番号
患者	ふりがな	大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日生
	氏名	男 女	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	<input type="text"/>
	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

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)
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 ● ビグアナ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)
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 ()	
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ ※ 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)
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 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) → 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)