

# JCHO大阪病院 検査予約申込書

申込日 年 月 日

電話:06-6441-5463(地域医療支援センター) 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(地域医療支援センター) 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

※ 地域医療支援センターの営業時間外は翌営業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
	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	※ 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)	
C T	※ 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 <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
	<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
	<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 (                    )
R I	<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)
マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ (全2方向) ※下記に当てはまる方は、対象外となります   ◇自治体発行の検診クーポンは使用できません ・心臓・肺 (ペースメーカー・豊胸手術) 等を含む胸周辺手術や治療されている方 ・授乳中、妊娠中や妊娠の可能性のある方   ・産後半年以内の方
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"/> 腹部 (肝胆膵・脾・腎) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺・副甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 (脳神経内科の診察予約をお取りし、診察後別日に検査します) ※泌尿器系・婦人科系のエコー検査のご依頼は、各診療科へ診察予約をお申込みください
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)