

# JCHO大阪病院 検査予約申込書[放射線検査]

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	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	※ 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"/> CD-R不要	
<b>CT</b>	※ 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、休業してください
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <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)
<b>MRI</b> (1部位のみ)	※ 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 →ペースメーカー手帳[無・有]、MRI対応デバイスカード[無・有]
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"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> MRCP(単純のみ) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸椎・胸椎・腰椎] <input type="checkbox"/> [左・右] 関節 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>RI</b>	<input type="checkbox"/> 安静脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 負荷心筋血流は別途予約申込書からお申込みください ※ その他検査は電話にてお申込みください ※ 検査2日前までに診療情報提供書をFAXしてください
<b>骨密度</b>	<input type="checkbox"/> 骨密度(DEXA法:腰椎正面+大腿頸部)
<b>マンモグラフィー</b>	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー(全2方向) ◇自治体発行の検診クーポンは使用できません ※下記に当てはまる方は、対象外となります ・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