

# JCHO大阪病院 検査予約申込書〔生理・内視鏡検査〕

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
	氏名	男	年 月 日生	
		女	電話番号	
	JCHO大阪病院 受診歴		診察券番号 [ _____ ]	
	(旧 大阪厚生年金病院)	<input type="checkbox"/> 有り <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 ( )
	②	年	月	日 ( )
		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日( )		<input type="checkbox"/> 希望無し

## 検査指示内容 内に✓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(循環器内科) <input type="checkbox"/> トレッドミル負荷(循環器内科)
	《その他》	<input type="checkbox"/> 精密呼吸機能検査(呼吸器内科)
検査	《超音波検査》	<input type="checkbox"/> 腹部《肝胆膵・脾・腎》(消化器内科) <input type="checkbox"/> 心臓(循環器内科) <input type="checkbox"/> 甲状腺・副甲状腺 (耳鼻咽喉科) <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)
	※ 検査依頼の診療情報提供書は各診療科宛作成をお願いいたします。 ※ 泌尿器科・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ください。	
	<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(有・無)➡有の場合:消化器内科の予約をお取りします。 診察当日の検査はおこなっておりません。 ※大腸内視鏡検査のご依頼は、消化器内科へ診察予約をお申込みください。	