

生理・内視鏡検査

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	
	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)	☐ 有り ➡ 診察券番号 [] ☐ 無し ☐ 不明		
	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 ()	☐ 都合の悪い日()	
	②	年 月 日 ()	☐ 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》	☐ ホルター心電図(循環器内科)
	《その他》	☐ 精密呼吸機能検査(呼吸器内科)
生理機能 検査	《超音波検査》	☐ 腹部《肝胆膵・脾・腎》(消化器内科) ☐ 心臓(循環器内科) ☐ 甲状腺・副甲状腺 (耳鼻咽喉科) ☐ 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。	
胃内視鏡 検査	☐ 胃内視鏡 (☐ 経口 ☐ 経鼻) ➡ 鎮静(☐ 希望する ☐ 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。	