

# 検査申込書兼診療情報提供書

市立豊中病院依頼・提出用①

太枠内をご記入ください。

市立豊中病院「診察券(IDカード)」 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	紹介元医療機関	依頼日	年	月	日
ID番号 <input type="text"/>	郵便番号 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	所在地			
紹介先医療機関 市立豊中病院	医療機関名				
検査担当医 あて	TEL ( ) - ( )				
<input type="checkbox"/> 豊中病院から患者様へ予約日時ご連絡を希望します。	FAX ( ) - ( )				
<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> TEL 番号 ( ) - ( )	診療科				
検査希望日又は曜日	都合の悪い日又は曜日			医師名(フルネーム)	
( ) ( )					

フリガナ	生年	明・大・昭・平	性別	男・女
患者氏名	年月日	年 月 (日 歳)	性別	
住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	TEL ( ) - ( )			
病名				

検査線 事前診療なし	撮影画像の手渡し方法	<input type="checkbox"/> CD-Rを手渡し(基本) <input type="checkbox"/> フィルムを手渡し
	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 3ヶ月以内のCr値： ※推定GFR30以下は造影不可です。	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他(部位： )
	MR <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 3ヶ月以内のCr値： ※推定GFR30以下は造影不可です。 *CT検査及びMR検査は、指定部位のみの撮影となります。 *CT・MR造影検査(当日・要問診票兼同意書) *不明な点は、お問い合わせください。	脳(MRA <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 頭頸部(脳以外) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他脊椎・脊髄(対象範囲： ) <input type="checkbox"/> 肝(造影の場合 <input type="checkbox"/> ガドリニウム造影剤 <input type="checkbox"/> 特異性造影剤) <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 体幹部( <input type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 膀胱・ <input type="checkbox"/> 前立腺以外) <input type="checkbox"/> 四肢・関節(部位： <input type="checkbox"/> R・ <input type="checkbox"/> L)
	脳以外のMRA	(検査部位： ) <input type="checkbox"/> 造影剤使用不可※1 ※1 造影剤使用不可でない場合は、単純/造影は当院にて選択。
	<input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 骨シンチ	
内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡(当日ご持参いただくもの：確認票・同意書) *申込時に要問診票	
生理機能	<input type="checkbox"/> 心臓エコー※2 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー※3 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI) ※2検査後、循環器内科を受診。 ※3検査後、消化器内科を受診。	

依頼内容 現在の処方	*薬剤アレルギー( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 ... )
---------------	---

## FAX 06-6858-3555

### 【医療機関の先生方へ】

- ・この用紙は、「申込書」兼「診療情報提供書(紹介状)」です。
- ・原本(1枚目)は、FAX送信してから患者様にお渡しください。

地域医療室 TEL 06-6858-3597(直通)
検査予約受付：平日 9:00~17:00
(FAXは24時間受付。17時以降に受付けたFAXの返答は、翌業務日になります。)
休業日：日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)

※市立豊中病院処理欄			
科最終	H 年 月 日	予約日	月 日( )
最終来院	H 年 月 日( )	時間	
新患	確認	担当医	
医			DR

※この様式は、当院ホームページ「医療機関の方へ」-「診療・検査予約」-「様式集」からダウンロードできます。