

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)」 ☐ 有 ☐ 無		紹介元医療機関 依頼日 年 月 日		
ID番号		郵便番号 〒 -		
紹介先医療機関 市立豊中病院		所在地		
検査担当医 あて		医療機関名		
☐ 豊中病院から患者さまへ予約日時の連絡を希望します。		TEL () -		
☐ FAX ☐ TEL 番号 () -		FAX () -		
検査希望日又は曜日 都合の悪い日又は曜日 () ()		診療科 医師名 (フルネーム)		
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者氏名		性別	男・女	
住所	〒 - TEL () -			
病名				
検査線 事前診療なし	撮影画像の手渡し方法		☐ CD-Rを手渡し(基本) ☐ フィルムを手渡し	
	C T	☐ 単純 ☐ 造影 3ヶ月以内のCr値: ※推定GFR30以下は造影不可です	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他(部位:) ☒ 検査説明同意あり	
		M R	☐ 単純 ☐ 造影 3ヶ月以内のCr値: ※推定GFR30以下は造影不可です *MR問診票:申込時に送信 *CT検査及びMR検査は指定部位のみ撮影となります。 *CT・MRで造影依頼の場合:当日問診票兼同意書を持参 *不明な点は、お問い合わせください。	脳(MRA ☐ あり・ ☐ なし) ☐ 頭頸部(脳以外) ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他脊椎・脊髄(対象範囲:) ☐ 肝(造影の場合 ☐ ガドリニウム造影剤 ☐ 特異性造影剤) ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ 体幹部(☐ 肝・ ☐ 膀胱・ ☐ 前立腺以外) ☐ 四肢・関節(部位: ☐ R・ ☐ L)
	脳以外のMRA		(検査部位:) ☐ 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	
	☐ 注腸 ☐ 骨シンチ ☒ 検査説明同意あり			
	☐ 骨塩定量 ※検査室の関係で、寝台又は車イス(ご自身で降りて移動できない場合)での検査ができませんので、次の口に確認のチェックをお願いします。 ☐ 寝台・車イス(ご自身で移動不可)ではありません。			
	内視鏡	☐ 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	☐ 心臓エコー ※2 ☐ 頸動脈エコー ☐ 腹部エコー ※3 ☐ 脳波 ☐ 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 (☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明 …)			

FAX 06-6858-3555 (24時間受付)

[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。

*当院ホームページ「地域医療連携」-「医療関係者のみなさまへ」-「診療・検査予約」-「地域医療連携室(地域連携コーナー)診療・検査予約」-「様式集(申込書)」からダウンロードできます。

*原本は、FAX送信してから患者さまにお渡しください。

地域医療連携室 TEL 06-6858-3597(直通)

検査予約受付: 平日 9:00~17:00
17時以降受付分は、翌業務日に返答します

休業日: 日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)