

【2026.8版】
市立豊中病院依頼・提出用①
太枠内をご記入ください。

検査申込書 兼 診療情報提供書

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		所在地											
市立豊中病院		医療機関名											
検査担当医 あて		TEL (		)				-					
☐ 豊中病院から患者さまへ予約日時の連絡を希望します。		FAX (		)				-					
☐ FAX ☐ TEL ☐ WEB予約済													
番号 (		)		-									
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		性別		男・女					
患者氏名		年		月		日		(歳)					
住所		〒		-									
		TEL (		)				-					
病名													
検査 事前診療なし		撮影画像のお渡し方法		基本、CD-Rでのお渡し それ以外は右にご記入ください。(						)			
		C T	☐ 単純		※ 提供するDICOM画像は、横断面のみになります。								
			☐ 造影 ☐ 同意書事前FAX		※ 3DやMPRは、検査報告書の画像をご参照ください。								
		3ヶ月以内の Cr値:		☐ 頭部		☐ 頸部		☐ 胸部		☐ 腹部			
		※推定GFR30以下は造影不可です		☐ その他(部位:				☐ 検査説明同意あり					
		放 射 線	M R	☐ 単純		脳 (MRA ☐ あり ・ ☐ なし)							
☐ 造影 ☐ 同意書事前FAX				☐ 頸椎		☐ 腰椎		☐ MRCP		☐ 前立腺			
		3ヶ月以内の Cr値:											
		※推定GFR30以下は造影不可です											
		*MR検査問診票: 申込時にFAX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: 申込時に問診票兼同意書をFAX送信、当日原本を持参 *不明な点は、お問い合わせください。											
		核医学		脳血流シンチ (☐ IMP ☐ ECD)		☐ ダットスキャン		☐ 骨シンチ					
				☐ 心筋交感神経シンチ (認知症関連)		☐ その他の核医学 (依頼内容に記載)							
				*循環器の検査依頼は先に当院循環器科での診察が必要です。								☐ 検査説明同意あり	
		骨密度		☐ 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□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。								☐ 検査説明同意あり	
		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 ...)											
「市立豊中病院ネット」をご利用される医療機関さまへ													
「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧するには患者本人または法定代理人の同意が必要です。ID-Linkへの登録及び市立豊中病院ネットの利用について適切に説明をし同意を得た場合は、下記の□にチェックしてください。													
☐ 「市立豊中病院ネット」にて診療情報を閲覧すること及びID-Linkへ患者の個人情報を登録することを上記患者または法定代理人へ適切に説明し同意を得ている。													
貴院診察券番号(必須)				説明担当者氏名(必須)				診療科・閲覧者を指定する場合はご記入ください。					
				☐ 同上				診療科(任意)		閲覧者(任意)			
※ご利用には事前登録が必要です。「市立豊中病院ネット」の詳細、お申込みについてはQRコードまたはホームページをご確認ください。													

FAX 06-6858-3555 (24時間受付)

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)

[医療機関の先生方へ]

* 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。