

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		〒		郵便番号			
紹介先医療機関		所在地		医療機関名		TEL ()		FAX ()			
市立豊中病院											
検査担当医 あて											
☐ 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 ☐ TEL											
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		明・大・昭・平・令		性別		男・女			
患者氏名		月日		年		月		日			
住所		〒		TEL ()							
病名											
検査 事前診療なし	放射線	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	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部							
			3ヶ月以内のCr値： ※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							
		M R	☐ 単純 ☐ 造影	脳(MRA ☐ あり・ ☐ なし) ☐ 頭頸部(脳以外)							
			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の撮影となります。 *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。	☐ 頸椎 ☐ 腰椎							
			※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。	☐ その他脊椎・脊髄(対象範囲：)							
		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□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

【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

(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)

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