川西市立総合医療センター 患者支援センター 宛　　年　月　日

FAX：072-789-8193　TEL: 072-789-8194（直通）

当院受診歴：　無 ・ 有 （ＩＤ：　　）

川西市立総合医療センター　検査予約申込書（診療情報提供書）

紹介元医療機関名：　　住所：

紹介元医師名：　　TEL：　FAX:

◆患者情報

患者氏名	性別	生年月日
フリガナ		
	男 女	大正・昭和 平成・令和　年　月　日　歳
住所 〒		電話番号①（固定） 電話番号②（携帯）

貴院での状況	☐ 外来患者さま → 貴院で待機中（はい　・いいえ）※受付時間外並びに内容によっては翌営業日の対応となります。 ☐ 入院患者さま		
検査予約希望日	①　月　日（　）　②　月　日（　）　③　月　日（　） **※当日の検査をご希望の場合は、必ず患者支援センターまで電話連絡をお願いいたします。**		
放射線科 **◆ 承諾書をご持参ください（必要な検査のみ）**	**☐ MRI** ☐ 単純　☐ 造影 ◆ 体内金属（有 ・ 無 ・ 不明） 種類（　） ☐ 撮影可	☐ 頭部　☐ 頭部+MRA　☐ VSRAD ☐ 頚部　☐ 頚部MRA　☐ 胸部　☐ 腹部＋MRCP ☐ 心臓（CTのみ） ☐ 上腹部～骨盤部（目的臓器：　） ☐ 骨盤部（目的臓器：　） ☐ 頚椎　☐ 腰椎　☐ 胸椎　☐ 全脊柱 ☐ 肩関節（右・左）　☐ 股関節（右・左） ☐ 膝関節（右・左）　☐ 肘関節（右・左） ☐ 足関節（右・左）　☐ 足（右・左） ☐ 手（右・左）　☐ 手関節（右・左） ☐ 軟部腫瘍（部位：　）	**■造影検査 ※3ヶ月以内の値をご記入下さい。** （　年　月　日測定） ● eGFR： もしくは血清クレアチニン＿＿＿md/dl
	☐ ＣＴ ☐ 単純　☐ 造影		**※ＣＴ（造影）** ビグアナイド系糖尿病薬の投薬がある場合は検査日の前後2日間、当日含め5日間投薬中止して下さい。
	☐ 一般撮影	☐ 胸部　☐ 腹部　☐ その他（　）	**☐ DXA**
	☐ X線透視	☐ 胃　☐ IVP　☐ 注腸（前処置：☐ 当院　☐ 各自）	
内視鏡センター	**☐ 上部消化管**（午前のみ） **☐ 下部消化管**（午後のみ）	**＜上部のみ＞** ☐ 経口　（☐ 鎮静あり　☐ 鎮静なし　）　☐ 経鼻 **＜抗凝固剤・抗血小板薬の服用＞** ☐ あり（継続 ・ 中止　休薬期間：　日間）　☐ なし ※下部消化管検査については事前受診が必要な場合があります。詳細はお問い合わせください。	
検査科	**☐ 超音波検査**	☐ 心臓　☐ 腹部（☐ 肝硬度測定　☐ 肝脂肪化定量）　☐ 甲状腺　☐ 頸部血管　☐ 血管 ☐その他（　）※乳房は診察が必要となります。診察予約申込書でご依頼ください。	
	☐ 生理検査	☐ 呼吸機能　☐ トレッドミル　☐ 神経伝達速度　☐ ホルター心電図 ☐ ABI・PWV（動脈瘤：☐有　☐無　シャント：☐有（部位：　）☐無　※有の場合は禁忌のためABI検査困難です。	
	☐ PSG（検査入院）	☐ 1泊2日入院	
症状経過 **治療経過** **検査結果** **処方等**	（別紙がある場合は添付をお願いします。）※診療情報提供書、検査記録など原本は当日ご持参下さい。		

2026.10月 改訂