

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
フリガナ

性別

生年月日

男

明治・昭和

女

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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 入院患者さま		
検査予約希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()		
放射線科	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ◆体内金属 (有・無・不明) 種類 () ◆承諾書を当日ご持参下さい	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部+MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部 (目的臓器:) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (目的臓器:) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 全脊柱 <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足 (右・左) <input type="checkbox"/> 手 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	■造影の場合 同意書を添付の上お申込み下さい 血清クレアチニン3ヶ月以内の値をご記入下さい。 md/dl (月 日測定)
	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		※CT (造影) ビッグアノ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。
	<input type="checkbox"/> 一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> DXA
	<input type="checkbox"/> X線透視	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> 注腸 (前処置 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 各自)	
内視鏡センター	<input type="checkbox"/> 上部消化管 (午前のみ)	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口麻酔あり <input type="checkbox"/> 経口麻酔なし 抗凝固剤・抗血小板薬の服用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 下部消化管 事前受診が必要な場合があります。 詳細はお問合せ下さい。
検査科	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 血管 (下肢動脈・下肢DVT・下肢静脈瘤・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 生理検査	<input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 神経伝達速度 <input type="checkbox"/> ABI・PWV (動脈瘤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) ※有の場合は禁忌のためABI検査困難です。	
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。		