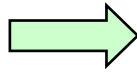


地域医療室へTEL後FAX



検査予約票をお持ちください。

診療情報提供書(検査等依頼書)

平成 年 月 日

箕面市立病院 地域医療室 行
(FAX 072-728-8475)

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (男・女) 才
患者氏名		TEL	- -

カルテ番号						-	
-------	--	--	--	--	--	---	--

(箕面市立病院の診察券をお持ちの場合は、カルテ番号を記入してください。)

日 時	平成 年 月 日 () 時 分
-----	------------------

★ 必要な項目にチェック、記入してください。

<input type="checkbox"/> 内視鏡 (上部消化管) ※同意書が別途必要です。 <input type="checkbox"/> CT 【単純・単純+造影・造影】 (頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・()) ※造影検査は問診表(様式3-1)、同意書(様式3-2)が別途必要です。 <input type="checkbox"/> MRI 【単純・単純+造影・造影】 (頭部・頭部MRA・頭部VSRAD・頸椎・胸椎・腰椎・腹部・骨盤・()) ※単純検査は別途問診表兼同意書(様式4-1)、造影検査は問診票(様式4-1)と同意書(様式4-2)がそれぞれ必要です。 <input type="checkbox"/> 核医学(RI) (骨シチ・ガリウムシチ・脳血流シチ(負荷なし)・心筋シチ(薬剤負荷のみ)・心筋交感神経シチ(MIBG)・ダットシンチ(アルコールに過敏な方は不可)) <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 骨密度 (腰椎・大腿骨頸部・前腕・全身骨 ())	<input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 脳波 (覚醒・自然睡眠・入眠剤) <input type="checkbox"/> 呼吸機能 (努力性肺活量・肺気量分画 最大換気量・安静換気量) <input type="checkbox"/> 投薬による前後比較を希望 身長 () 体重 () cm kg <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI+CAVI) 身長 () 体重 () cm kg
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ交換 (透視下胃ろう造影検査)	※当院の内科で胃ろう造設された方のみ※
-------------------------------------------------	---------------------

傷病名:

紹介(検査)目的:

既往歴・手術歴(必ず記入):

経過、検査結果、内服薬など:

※抗血栓薬の服用有無(内視鏡検査時は必ず記入してください)
 あり(薬剤名:) なし

検査結果 所見と画像 ⇒ (CD-R フィルム 写真、波形) 所見のみ