（様式2）

地域医療室2017.8

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
Ｔ Ｅ Ｌ
Ｆ Ａ Ｘ

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		Ｔ Ｅ Ｌ	－　　－

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。

☐ 内視鏡（上部消化管）　**※同意書が別途必要です。**

☐ 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。

☐ ＭＲＩ　【 単純 ・ 単純＋造影 ・ 造影 】
（ 頭部 ・頭部MRA ・頭部VSRAD ・頚椎 ・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。

☐ 核医学（ＲＩ）
（ 骨ｼﾝﾁ ・ｶﾞﾘｳﾑｼﾝﾁ ・脳血流ｼﾝﾁ(負荷なし) ・心筋ｼﾝﾁ(薬剤負荷のみ) ・
心筋交感神経ｼﾝﾁ(MIBG) ・ダットシンチ（アルコールに過敏な方は不可））

☐ 腹部超音波

☐ 骨密度 （ 腰椎・大腿骨頸部・前腕・全身骨 （　　））

☐ 心臓超音波

☐ 頸動脈超音波

☐ トレッドミル

☐ 脳波
（覚醒・自然睡眠・入眠剤）

☐ 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）
☐ 投薬による前後比較を希望
身長（　　）体重（　　）
cm　　kg

☐ 血圧脈波（ABI+CAVI）
身長（　　）体重（　　）
cm　　kg

☐ 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

※お問い合わせ　箕面市立病院　地域医療室　電話　072-728-2177（直通）　FAX　072-728-8475