（様式2）

地域医療室へTEL後FAX → 検査予約票をお持ちください。

地域医療室2019.10

診療情報提供書(検 査 等 依 頼 書)

令和　　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　　印
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・R　年　月　日 （男・女）　才
患者氏名		TEL	ー　ー

カルテ番号							ー	

（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	令和　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

☐ 腎動脈超音波

☐ 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（　　）cm　体重（　　）kg

☐ 血圧脈波（ABI+CAVI）
身長（　　）cm　体重（　　）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