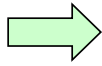


(様式2)

地域医療室2026.6

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)

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
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
患者氏名		TEL	□男・□女 (才)
			— —

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	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。

<input type="checkbox"/> 内視鏡(上部消化管) 抗血栓薬の服用有無 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※要同意書など <input type="checkbox"/> CT 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影 】 ※造影時 要同意書 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 () <input type="checkbox"/> MRI 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影 】 ※要問診票、造影時 要同意書 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頭部VSRAD <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 () <input type="checkbox"/> 核医学(RI) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(負荷なし) <input type="checkbox"/> 心筋シンチ(薬剤負荷のみ) <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ(MIBG) <input type="checkbox"/> ダットシンチ (アルコールに過敏な方は不可) <input type="checkbox"/> 上腹部超音波(肝・胆・膵・脾・腎)	<input type="checkbox"/> 心臓超音波 (心電図検査も含む) <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) <input type="checkbox"/> 投薬による前後比較を希望 身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI+CAVI) 身長 cm 体重 kg
--	---

<input type="checkbox"/> 骨密度 ※基本的に年1回のみ保険適用 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 全身骨 () ■直近の検査日 (年 月 日)	※4ヶ月に1回の保険適用要件に該当する場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ア 骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して1年以内の場合 <input type="checkbox"/> イ 新たに骨折した場合 <input type="checkbox"/> ウ 関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合 <input type="checkbox"/> エ ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合 <input type="checkbox"/> オ 骨減少又は骨増加をきたす薬剤を投与する場合 <input type="checkbox"/> カ 骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合
--	---

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:

検査結果 所見と画像 ⇒ (CD-R 写真、波形) 所見のみ