

(様式2)

地域医療室2021.8R

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) ※同意書が別途必要です。 <input type="checkbox"/> CT 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影】 <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 () ※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【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影】 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頭部VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 () ※単純検査は別途問診表兼同意書(様式4-1)、 造影検査は問診表(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) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <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"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 全身骨 ()	<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・ 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()cm 体重()kg <input type="checkbox"/> 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