(この依頼書は、紹介状ではありません)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

地域医療連携センター　FAX　0120-846-489 (直)　　**TEL　0120-803-220** (直)

淀川キリスト教病院　検査依頼申込書

**至急折り返しの連絡要！！**

貴医療機関名

**【希望受診日】**（有　・　無）

① 　 月　　　日（　　）AM・PM

②　 　 月　　 日（　　）AM・PM

住所

ＴＥＬ ／ ＦＡＸ

**【放射線検査】** ※印の箇所についてもご記入ください。項目に記載のない検査についてはお問合せください。

**□ 一般撮影（単純）**撮影部位 〔　　　　　　　　　　　　　　〕

**□ 骨塩定量** 骨塩定量測定検査（骨密度測定）は別途専用書式にてお申込みください。

**□ ＭＲＩ検査** 撮影部位 〔　　　　　　　　　　　　　　〕

**□ 単純 　□ 造影** (ｸﾚｱﾁﾆﾝ値　　　　mg/ｄL　・ 採血日　　月　　　日 (注)検査予定日から3ヶ月以内のﾃﾞｰﾀ)

　　　　　　　　　　　　　　　　※ｱﾚﾙｷﾞｰ　□なし　□あり　　※喘息　□なし　□あり

※ 禁忌体内金属(脳ｸﾘｯﾌﾟ・ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ・人工内耳)　□ なし　□ あり

**Ｍ Ｒ Ｉ**

**共通項目**

※ その他体内金属(入れ歯等)　□ なし　□ あり (　　　　　　　)

※ 身長 （ 　　　　　　）cm　・　体重 （　　　　　）kg

**□ CT検査** 撮影部位〔　　　　　　　　　　　　　　〕　※胸部撮影の場合ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　□ なし　□ あり

**□ 単純** **□ 造影** ※ｸﾚｱﾁﾆﾝ値　　　　mg/ｄL　・採血日　　月　　　日　(注)検査予定日から3ヶ月以内のﾃﾞｰﾀ

※喘息　□なし　□あり　　※ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病薬　□なし　□あり（　　　　　　）

※甲状腺機能亢進症　□なし　□あり　　　その他ｱﾚﾙｷﾞｰ　□なし　□あり

**□ 骨シンチ**　※喘息　□なし　□あり　※ﾖｰﾄﾞ造影剤ｱﾚﾙｷﾞｰ　□なし　□あり

**(注)CT及び骨シンチについては、別途「放射線検査における放射線被ばくに関する同意書」を事前にFAXにて送付ください**

**【内視鏡検査】** ※印の箇所についてもご記入ください。

**□ 上部消化管内視鏡**※　　鎮静　　□ する (緑内障の既往 □あり　□なし ) □ しない

**□ 下部消化管内視鏡**(注)下部消化管は鎮静下での施行は行っておりません

※大腸ﾎﾟﾘｰﾌﾟ切除希望（日帰り手術）　□する　□しない　（一定の条件を満たす必要があります）

※前処置薬　□淀川ｷﾘｽﾄ教病院で処方　□紹介元医療機関で処方　　※ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ □なし　□あり

**【共通項目】**

※感染症検査　　 　　　　　□施行済　□未　　※抗凝固剤内服 □ なし　□ あり (薬剤名　　　　　　　　　　　　　)

**【生理検査】** ※印の箇所についてもご記入ください。

* **ホルター心電図　　　□　トレッドミル負荷心電図　　□ 心エコー　　□ 腹部エコー**
* **肺機能検査**　 ※ 身長 〔　　　　　〕cm　体重 〔　　　　　〕kg　　**□脳波**　(注)眠剤使用下では施行しておりません

**<患者情報>**　　　　　淀川キリスト教病院受診歴　　無　・　有（患者番号　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別　男 ・ 女 |  |
| 氏　名 | 旧姓（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日　明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成・ 令和  　　　　年　　　月　　　日 （　　　　 歳） | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | |
| 保　険 | □国保　□協会　□共済　□組合　□後期高齢　□生保　□交通事故　□労災 | | |

* 個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

* 業務時間外の場合、翌日(休日の場合は第一日目の業務日)の返信となります。

**※地域医療連携センター業務時間　平日9:00～20:00　土曜日9:00～13:00**