

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)

住 所

① 月 日 () AM・PM

TEL / FAX

② 月 日 () AM・PM

【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 (クリアチニン値 mg/dL ・ 採血日 月 日 (注)検査予定日から3ヶ月以内のデータ)
 - ※アレルギー なし あり ※喘息 なし あり

MRI 共通項目	※ 禁忌体内金属(脳クリップ・ペースメーカー・人工内耳) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	※ その他体内金属(入れ歯等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	※ 身長 ()cm ・ 体重 ()kg

- CT検査 撮影部位 [] ※胸部撮影の場合ペースメーカー なし あり
 - 単純 造影 ※クリアチニン値 mg/dL ・ 採血日 月 日 (注)検査予定日から3ヶ月以内のデータ
 - ※喘息 なし あり ※ビグアナイド系糖尿病薬 なし あり ()
 - ※甲状腺機能亢進症 なし あり その他アレルギー なし あり
 - 骨シンチ ※喘息 なし あり ※ヨード造影剤アレルギー 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
 - ※大腸ポリープ切除希望(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 ※ペースメーカー なし あり

【共通項目】
※感染症検査 <input type="checkbox"/> 施行済 <input type="checkbox"/> 未 ※抗凝固剤内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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いません

<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	〒	Tel	
保 険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 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