

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

住 所

TEL / FAX

【希望受診日】(有 ・ 無)

① 月 日 () AM・PM

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) ☐ なし ☐ あり
	※ 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 [] ※胸部撮影の場合ペースメーカー ☐ 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 ☐ 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	☐ 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 9:00~19:00 土曜日 9:00~13:00