

検査予約依頼書

東大阪生協病院 地域連携課 宛

TEL 06-6727-3138【直通】 FAX 06-6720-2250【直通】

| | | | | | |
|--|-------|---|---|-------|-------|
| ご紹介元医療機関 住所 TEL・FAX 医師名 印 | 記載日 | 年 | 月 | 日 () | |
| | 検査希望日 | 第1希望 | 年 | 月 | 日 () |
| | | 第2希望 | 年 | 月 | 日 () |
| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院 | | | |
| | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | |

| | | | |
|---------|--|-------------------------|---------|
| 患者様情報 | ふりがな | <input type="radio"/> 男 | 住所 |
| | | <input type="radio"/> 女 | |
| 患者氏名 | TEL () - | | |
| 生年月日 | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (患者ID) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| T S H R | 年 | 月 | 日 (満 歳) |

| | | |
|------|-----|--------------------------------|
| 診療情報 | 傷病名 | 検査目的・依頼内容・具体的指示・特記事項など (別紙でも可) |
|------|-----|--------------------------------|

該当するところに をつけ、細かい部位を○で囲ってください。()内に詳細要望あれば書いてください。

| | |
|-------|---|
| CT検査 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部 ・ 骨盤 ・ 全腹部) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> CTウログラフィー (造影検査です) <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 大腸CT (※便潜血検査陽性の方が対象。まずは外来診察の予約からとなります) |
| MRI検査 | <input type="checkbox"/> 頭部 (T1,T2,FLAIR,DWI,MRA,T2star) ⇒ 追加 (頸部MRA ・ VSRAD認知症検査) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 全脊椎) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 + MRCP <input type="checkbox"/> 生殖腺 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 関節 { 右 ・ 左 } (股関節 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 手関節 ・ 手 ・ 膝関節 ・ 足関節 ・ 足) <input type="checkbox"/> DWIBS (全身病変検索 頸部～鼠径部) <input type="checkbox"/> 下肢MRA { 右 ・ 左 } <input type="checkbox"/> その他 () |
| 内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 上部 (経口 ・ 経鼻) <input type="checkbox"/> 下部 (トータルファイバー ・ シグモイドファイバー ・ ポリペクトミー) 血液凝固剤の服用 (服用中 ・ 服用無し) |
| エコー検査 | <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 表在 (乳腺 ・ 甲状腺) <input type="checkbox"/> 下肢静脈血管 (動脈 ・ 静脈 [DVT]) |
| 筋電図検査 | <input type="checkbox"/> 針筋電図 ※医師の都合上、火曜日16時のみ <input type="checkbox"/> 誘発筋電図 (神経伝達速度・体性感覚誘発電位) |
| その他 | <input type="checkbox"/> VF (ビデオ下嚥下造影検査) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 骨密度【DEXA】(腰椎 + 股関節 ・ 腰椎のみ) <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図 + 血圧測定 |

| | |
|-----|---|
| 同意書 | ①造影検査用(造影時のみ) <input type="checkbox"/> ③VF検査用 <input type="checkbox"/> ②MRI検査(すべてのMRI検査) <input type="checkbox"/> ④上部消化管内視鏡検査用 <input type="checkbox"/> 必要な同意書を添付、左記 <input checked="" type="checkbox"/> してFAXしてください。 ※VF検査は③のみ、造影のMRI検査の場合は①と②必要です！ |
|-----|---|

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 受付時間: 月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:30 | 休診日: 日曜・祝日・年末年始(12/29午後～1/4) |
|-----------------------------------|------------------------------|

※上記受付時間外のFAXは翌日のお返事となります。(FAXは24時間受付可) CT・MRI即日持ち帰り
 検査の結果は郵送させていただきますが、1週間～10日かかります事、ご了承ください。 ↑ 必要な方はチェックをお願いします。