

# 診療情報提供書( 検査 外来 入院)

河内総合病院

依頼日: 令和 年 月 日

〒578-0954 大阪府東大阪市横枕1番31号  
 地域医療連絡室 TEL : 072-966-2281

FAX : 072-966-2282

担当科

科

医師

御依頼者	医療機関名					
	住所					
	医師名					
	電話番号			FAX番号		
患者情報	フリガナ		男・女	妊娠の有無	M・T	年 月 日 ( ) 歳
	患者氏名			有・無	S・H	
	住所	電話番号 ( )				
診療情報	傷病名					
	病状経過及び検査結果					
	治療内容					
予約	検査・診察希望日	第一希望	月 日	曜日	午前・午後	時 分
		第二希望	月 日	曜日	午前・午後	時 分
検査項目	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA 部位( ) ( 単純・造影 ) <input type="checkbox"/> 頸部MRAも含む(頭部MRIの依頼時) <input type="checkbox"/> 骨密度測定				
		◆所見及び画像データ <input type="checkbox"/> CD-R(画像)・所見共に要 <input type="checkbox"/> 所見のみ要 <input type="checkbox"/> CD-R(画像)のみ要 <input type="checkbox"/> フィルム・所見共に要 <input type="checkbox"/> フィルムのみ要				
	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ ※大腸ファイバーについては、消化器科の診察でご依頼ください。 <感染症> HBV( +・- ) HCV( +・- ) WaR( +・- ) <input type="checkbox"/> 不明				
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺				
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> トレッドミルによる負荷心電図 <input type="checkbox"/> 24時間心電図				
*予約時間は月曜日から金曜日までが午前9時から午後8時、土曜日は午前9時から午後5時までとなっております。なお日祝日はFAXを送りいただければ、休日明けにご連絡いたします。						