

病院提出用

# 検査依頼書

依頼日:

西暦 年 月 日

※内視鏡関連のご依頼は別途、「内視鏡センター専用 診療(検査)依頼書」をご利用ください。

当日希望     後日希望

医療法人 友誼会  
河内総合病院

〒578-0954  
大阪府東大阪市横枕1番31号

TEL : 072-966-2281 (地域医療連携室直通)  
FAX : 072-966-2282 (地域医療連携室直通)

ご依頼者	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				性別	<input type="checkbox"/> 男性	妊娠の有無	
	氏名					<input type="checkbox"/> 女性	有 無	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	( )	歳	
	住所	〒 -						
	電話番号	自宅:	携帯番号:	続柄( )				
	現状	認知症: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※【あり】の場合は、ご家族様などのお付き添いをお願い致します						
		ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )						
(画像精査依頼時) その他特記事項	心臓PPM/ICD等植え込み: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			体内金属類の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
※上記ありの場合はPPM手帳などの写しを添付して下さい ありの場合: <input type="checkbox"/> 撮影可を確認済								
【閉所恐怖症の方について】当日撮影できなかった場合は当院より報告させていただきます								

診療情報	傷病名						
	病状経過及び検査結果など	別紙参照(貴院 診療情報提供書) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

検査項目	<input type="checkbox"/> 放射線画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA    部位( ) <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影					
		<input type="checkbox"/> 頸部MRAも含む(頭部MRIの依頼時)					
	※画像CD-Rは当日お渡しし、所見は翌日以降に事前FAX送信および原本郵送いたします						
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 骨密度検査(DEXA)    ※所見は当日作成し、患者様にお渡しいたします					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺    ※所見および画像CDは後日郵送いたします						
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> トレッドミル負荷心電図 <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図    ※解析報告は後日郵送いたします						

予約日	希望日	第1希望	月	日	曜日	備考欄
		第2希望	月	日	曜日	
		第3希望	月	日	曜日	

紹介予約対応時間は月曜日から土曜日で午前9時から午後5時までとなっております  
なお、時間外(午後5時以降)や日・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