

# 市立東大阪医療センター 紹介状（検査依頼書）

市立東大阪医療センター 地域医療連携室 宛  
 (FAX : 06-6782-5610)

依頼日 年 月 日

【 貴医療機関名 】

所在地	〒 -
医療機関名	
医師氏名	
TEL	
FAX	

【 検査予約日について 】

（最短日でご案内しますが、難しい日や、曜日があれば、下記にご記入ください）

患者ご本人に予約日時を郵便にてお知らせします（内視鏡検査除く）  
 ※ 予約通知書は貴院にもFAXにて通知します

【 患者情報 】

太枠内の保険情報は、保険証の写しをFAXいただければ記載の必要はありません

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	旧姓	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	当院の受診歴
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日		<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
住所	〒 -			TEL	※日中につながる連絡先をご記入ください	
保険者番号		被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (被保険者氏名)			
記号・番号		負担割合	割	有効期限	年 月 日	
公費負担者番号		受給者番号				

検査項目	放射線	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> インプラント用CT (会社名: ) <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 ( <input type="checkbox"/> MRCP ) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 核医学検査 <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 負荷心筋 ( <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 運動 ) <input type="checkbox"/> 心筋その他 ( ) <input type="checkbox"/> 交感神経MIBG <input type="checkbox"/> 脳血流 ( <input type="checkbox"/> IMP <input type="checkbox"/> ECD ) <input type="checkbox"/> 脳DAT <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	内視鏡	内視鏡 ( <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 ) ※ 内視鏡検査については、予約票と問診票をFAX送信いたしますので、問診欄①をご記入後、予約票と併せて患者様にお渡しください					
	生体検査	<input type="checkbox"/> 超音波 ( <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <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 <input type="checkbox"/> 神経伝導検査 <input type="checkbox"/> ホルター心電図					

依頼内容	
------	--

【 来院時の状況 】  独歩  車いす  ストレッチャー  その他特記事項 ( )  
 【 認知症の有無 】  なし  あり (※ありの場合は、ご家族様の付き添いをお願いします)  
 【 CD-R持ち帰りについて 】  持ち帰りを希望します  
 ※ MRI、CT (心臓CT除く) については、CD-Rをお持ち帰りいただく事も可能ですのでご希望の場合はこちらにチェックをしてください

市立東大阪医療センター 地域医療連携室 FAX06-6782-5610

[ご依頼いただく先生方へ]

・この用紙は、「検査依頼書」です。  
 別途診察情報提供書がある場合は併せて上記へFAXをお願いします。

※ 市立東大阪医療センター記載欄

地域医療連携室 TEL 06-6782-5619

診療予約受付 : 平日 9:00 ~ 19:30  
 土曜 9:00 ~ 12:30

上記時間以外は、翌日若しくは休日明けの日のお返事になりますので、予めご了承ください。