

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			☐ 男	旧姓	生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R	当院の受診歴
患者氏名			☐ 女		年 月 日 歳		☐ あり ・ ☐ 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	☐ 本人 ・ ☐ 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	☐ CT （ ☐ 単純 ☐ 造影 ） ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 胸腹部 ☐ 心臓CT ☐ インプラント用CT（会社名： ） ☐ MRI （ ☐ 単純 ☐ 造影 ） ☐ 脳 ☐ 頭頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 核医学検査 ☐ PET-CT ☐ 骨 ☐ 腹部 （ ☐ MRCP ） ☐ 骨盤 ☐ （ ） ☐ 交感神経MIBG ☐ 脳血流 （ ☐ IMP ☐ ECD ） ☐ 心筋その他 （ ） ☐ 骨塩定量 ☐ DIP ☐ その他 （ ）
	内視鏡	☐ 超音波 （ ☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 腹部+肝硬度測定 ☐ 甲状腺 ☐ その他 ☐ 脳波 ☐ トレッドミル ☐ 神経伝導検査 ☐ ホルター心電図 ☐ CPX
	生理検査	

※ MRI、造影CT、心臓CTは本状と所定の確認票を送付ください

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

【 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要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。

別途診療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。