

検査予約依頼書及び診療情報提供書

大阪医科薬科大学三島南病院

年 月 日

地域医療連携室 行

医療機関名

高槻市玉川新町8-1

受付時間 (FAXは24時間受付)

医師名

TEL 072-677-1337(直通) 月~金曜日 9時から16時50分

TEL

FAX 072-677-3366(直通) 土曜日 9時から12時00分

FAX

※ご記入の上、検査予約依頼書及び診療情報提供書、保険情報を当院までFAXしてください。

● 患者情報	
フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日(歳) 男・女
患者氏名	現住所 〒 -
	TEL - -

● 保険情報 ※ 保険情報のコピーをいただいた場合は以下の記入は不要です。			
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	

● 検査種 ※MRI及び造影検査時は問診票が必要です。			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	※ <input type="checkbox"/> 造影希望 (CT ・ MRI)	
<input type="checkbox"/> 心臓エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 → (<input type="checkbox"/> 腰椎 + <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 右股関節)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 右股関節	<input type="checkbox"/> その他 ()
※金属インプラント挿入時(骨密度測定) 腰椎:金属部カット、股関節:反対側撮影(挿入側は中止)とします。別途指示等があれば「その他伝達事項」に記入ください。			

● 撮影部位	● その他伝達事項

● 画像出力(CD-R)	
<input type="checkbox"/> 希望する → (<input type="checkbox"/> 紹介元へ郵送	<input type="checkbox"/> 患者様に手渡し)

● 所見及び受診 ※ 骨密度測定は結果のみのお渡しとなります。	
<input type="checkbox"/> 所見希望	<input type="checkbox"/> 受診希望 (診療科 _____ 科 医師 _____ 医師)

● 希望検査日	
第1希望	_____ 年 月 日 () : _____
第2希望	_____ 年 月 日 () : _____

傷病名
紹介目的
現在の処方