

検査予約依頼書(FAX専用)

記載日: 平成 年 月 日

医療生協かわち野生活協同組合
東大阪生協病院 地域連携室 宛
ご紹介元医療機関

名称:	_____	医師名:	_____	印
所在地:	_____			
TEL:	— —	FAX:	— —	

希望検査日

【第1希望】	年	月	日 ()	【第2希望】	年	月	日 ()
--------	---	---	-------	--------	---	---	-------

患者様情報

フリガナ	○男	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
患者氏名 _____	○女	_____年	_____月	_____日生 (_____ 歳)	
住所 _____	TEL _____				
当院受診歴:	<input type="checkbox"/> あり (患者ID番号: _____)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
現在の状況:	<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 出来高算定	<input type="checkbox"/> DPC算定	<input type="checkbox"/> その他 ()
移動方法:	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		

診療情報

傷病名:	_____	特記事項:	-----
検査目的:	_____		-----

検査項目

CT検査 頭部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> ルーチン	超音波 検査	<input type="checkbox"/> 腹部超音波	
		<input type="checkbox"/> 小脳橋角部追加		<input type="checkbox"/> 心臓超音波	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔追加	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波				
<input type="checkbox"/> 骨条件追加	<input type="checkbox"/> 表在超音波				
<input type="checkbox"/> 脳血管CTA	<input type="checkbox"/> 甲状腺・ <input type="checkbox"/> 乳腺・ <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> その他(_____ 部)					
<input type="checkbox"/> 冠状断追加	<input type="checkbox"/> 矢状断追加	内視鏡 検査		<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻)	
CT検査 胸部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			<input type="checkbox"/> ルーチン(肺野+縦隔)	<input type="checkbox"/> トータル大腸ファイバー
				<input type="checkbox"/> HR追加	<input type="checkbox"/> シグモイドファイバー (直腸~S状結腸)
<input type="checkbox"/> 大動脈CTA	<input type="checkbox"/> その他(_____ 部)	<input type="checkbox"/> 血液凝固剤の服用 (<input type="checkbox"/> 服用中・ <input type="checkbox"/> 服用なし)		<input type="checkbox"/> 感染症 HCV(+・-) HBV(+・-) Wa氏(+・-) その他() 不明	
<input type="checkbox"/> 冠状断追加	<input type="checkbox"/> 矢状断追加	CT検査 腹部	<input type="checkbox"/> 筋電図		
CT検査 腹部	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 神経伝導速度
				<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 脳波
<input type="checkbox"/> 大動脈CTA	<input type="checkbox"/> ファットスキャン追加	<input type="checkbox"/> その他(_____ 部)	<input type="checkbox"/> エルゴメーター		
<input type="checkbox"/> 冠状断追加	<input type="checkbox"/> 矢状断追加	CT検査 その他	FAX受付時間:月~金...9:00~16:30 土...9:00~12:30		
<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> (_____ 部)				
<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 冠状断追加	<input type="checkbox"/> 矢状断追加	休診日:日曜、祝日、年始年末(12/29~1/4)		
情報	<input type="checkbox"/> CDR	<input type="checkbox"/> フィルム			
所見	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要			

※上記受付時間外のFAXは翌日のお返事となります。(FAXは24時間受信可)

東大阪生協病院 地域連携室 FAX:06-6727-3284

東大阪市長瀬町1-7-7 TEL 06-6727-3131