

大阪掖済会病院

診察等申込書

(FAX用)

紹介先 _____ 科 _____ 先生
 紹介元 _____ 先生
 医療機関名 _____
 所在地 _____
 TEL _____ FAX _____
 医師 _____ 先生

◆ 紹介目的 (○を付けてください)
 1. 診察 2. 検査 (下記にチェックを入れてください) 3. その他
 [病名・症状]

◆ 受診希望日
 1. いつでもよい 2. 第1希望 年 月 日 () / 第2希望 年 月 日 ()

〔生理機能検査〕

心機能検査
 ホルター心電図 運動負荷心電図 ABI/PWV(血圧脈波検査) 肺機能検査(VC/FVC)

超音波検査
 心臓エコー 頸動脈エコー 下肢動脈エコー 下肢静脈エコー
 経食道心エコー 運動負荷心エコー ドパミン負荷エコー シヤントエコー
 腹部エコー 乳腺 甲状腺・副甲状腺

その他
 睡眠ポリグラフィ 運動神経電導速度(MCV) 知覚神経電導速度(SCV)

〔放射線検査〕

MRI検査(1予約1部位まで) 造影剤 [不要 ・ 要]
 脳 頸部・MRA 腎副腎 頸椎 骨・関節(右)
 脳・MRA 肝胆膵 骨盤腔 胸椎 骨・関節(左)
 頸部 MRCP 股関節 腰椎 軟部組織

CT検査(1予約1部位まで) 造影剤 [不要 ・ 要]
 冠動脈 大動脈 眼窩 頸椎 脊椎
 胸部 頭部 頸部 胸椎 四肢
 腹部 副鼻腔 甲状腺 腰椎 ミエロ後CT
 胸腹部 耳鼻科領域 骨盤腔 デンタル DIC-CT検査

RI検査
 骨シンチ MIBI(副甲状腺)シンチ 腫瘍タリウムシンチ
 ガリウム(Ga)シンチ MIBG(副腎)シンチ 脳血流シンチ
 腎レノグラム 負荷心筋シンチ その他

消化管X線撮影

咽頭・食道 食道・胃・十二指腸 注腸

〔内視鏡検査〕

胃内視鏡 [経口 ・ 経鼻] ※大腸内視鏡は先に内科診察が必要です

〔細菌検査〕

ヘリコバクターピロリ呼気テスト

◆ 患者様情報 当院受診歴(あり・なし)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平(男・女)
患者氏名		年 月 日	年 月 日
住所	〒	電話番号	
保険番号		公費負担者番号	
記号番号		公費負担受給者番号	
区分	本人・家族 (被保険者名)	負担割合	0割 ■ 1割 ■ 2割 ■ 3割

※お問い合わせ (FAXは24時間稼働。但し時間外・休日着信分は翌日対応。)

地域医療連絡室 (受付時間: 月~金/9:00~17:00)
 TEL(06)6584-5835 FAX(06)6584-5835