

大阪掖済会病院

診察等申込書

(FAX用)

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

◆ 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()

[栄養管理]

CVポート造設(火・木) PICC挿入 胃瘻造設 胃瘻交換

[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
 腹部エコー 運動負荷心エコー 甲状腺・副甲状腺 シヤントエコー
 乳腺

その他

睡眠ポリグラフ

[放射線検査]

MRI検査(1予約1部位まで)

脳 頸部・MRA 造影剤 [不要 ・ 要] 腎副腎 頸椎 骨・関節(右)
 脳・MRA 肝胆脾 骨盤腔 胸椎 骨・関節(左)

CT検査(1予約1部位まで)

頸部 MRCP 造影剤 [不要 ・ 要] 股関節 腰椎 軟部組織
 冠動脈 大動脈 眼窩 頸椎 脊椎
 胸部 頭部 甲状腺 胸椎 四肢
 腹部 副鼻腔 骨盤腔 デンタル ミエロ後CT
 胸腹部 耳鼻科領域 DIC-CT検査

[内視鏡検査] ※大腸内視鏡は先に内科診察が必要です

胃内視鏡 [経鼻 ・ 経口] ※ セデーション希望(あり・なし)
 大腸内視鏡

[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
住所	〒	電話番号	
保健種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()		
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり(来院方法:)	言語(日本語)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 日常会話程度 <input type="checkbox"/> 不可()語
状況	<input type="checkbox"/> 外来待機 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定: 有・無)	留意事項	<input type="checkbox"/> パースメーカー(有・無) <input type="checkbox"/> 糖尿病薬(有・無)

※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。)

地域医療連携室 (受付時間: 月～金/9:00～17:00)

TEL(06)6584-5835 FAX(06)6584-5834