

F A Xによる（紹介患者）検査申込の受付について

平日の午後5時以降や土曜日など、当センターが予約受付時間外のため電話が通じない時間帯において、「<F A X>検査申込書 兼 診療情報提供書」をF A Xでお送りいただきますと、翌日以降に、当センターとご紹介患者とにおいて直接検査日の調整をする形で予約受付いたします。

調整後の日程は「<F A X>検査日調整（決定）連絡書」によりご報告いたします。ぜひご利用くださいますようお願い申し上げます。

なお、平日の午前9時から午後5時まで、第1・3・5土曜日の午前9時から正午までの時間帯は、お電話にてご予約を受け付けさせていただきます。

利用手順や記載方法などご不明な点などがありましたら下記あてご連絡くださいますようお願い申し上げます。

【別 添】

- ・<F A X> 検査申込書 兼 診療情報提供書 （紹介医療機関 → 保健医療センターあて）
- ・ " 記載例 ①
- ・ " 記載例 ②
- ・<F A X> 検査日調整（決定）連絡書 （保健医療センター → 紹介医療機関あて）

大阪府医師会保健医療センター

〒543-0011 大阪市天王寺区清水谷町19番14号

TEL : 06-6768-1450 FAX : 06-6764-5006

大阪府医師会保健医療センター 宛 FAX 06-6764-5006

< F A X > 検査申込書 兼 診療情報提供書

フリガナ : オオサカ タロウ 生年月日
 患者氏名 : 大阪 太郎 (男 ・ 女) 大 昭 ・ 平 25 年 10 月 31 日

検査項目	<input type="checkbox"/> MRI →	部 位	<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input checked="" type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 膵・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 骨盤	
			脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸・ <input type="checkbox"/> 胸・ <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 四肢、その他 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> CT →	造影剤	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> センター判断 → (BUN: <u>10</u> mg/dl CRE: <u>0.8</u> mg/dl)	
			<input type="checkbox"/> 不要 検査値をご記入下さい。	
	結果持ち帰り方法	画 像	<input type="checkbox"/> FILMのみ ・ <input checked="" type="checkbox"/> CDのみ ・ <input type="checkbox"/> 両方	
		報告書	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち帰り ・ <input type="checkbox"/> FAX ・ <input type="checkbox"/> 郵送 (送料必要)	
※MRIの検査報告書のお持ち帰りは午後からの検査のみになります				
<input type="checkbox"/> 内視鏡 → <input type="checkbox"/> 上部消化管 ・ <input type="checkbox"/> 下部消化管				
<input type="checkbox"/> 腹部超音波				
<input type="checkbox"/> 健康診断				

① <検査目的・現症・既往歴・手術歴・家族歴・現在の処方>
腹部超音波検査において、肝臓に陰影が見られます。
肝血管腫と思われませんが、造影CT検査にて精査をお願いします。

② <連絡事項・検査日程の希望>
10月中旬までの検査日で調整をお願いします。

検査日調整 (決定) 方法 ※検査日調整 (決定) 後、貴院へFAX連絡致します

- 患者様より当センターに予約 (検査日調整) の連絡をする
- 当センターより患者様へ直接連絡 (検査日調整) を希望する

患者連絡先Tel: 06 - **** - **** (自宅) ・ 会社名 ()

希望連絡日時: 10 月 3 日 (月) ・ 10 時 ~ 13 時

※9~17時まで、土・日曜・祝日除く

紹介医療機関
 名 称 : 〇〇クリニック
 住 所 : 大阪府中央区〇〇町1-2-3
 TEL : 06-****-****
 FAX : 06-****-****

大阪府医師会保健医療センター 宛 FAX 06-6764-5006

<FAX> 検査申込書 兼 診療情報提供書

フリガナ : オオサカ ハナコ 生年月日
患者氏名 : 大阪 花子 (男・女) 大昭・平 35年 8月 31日

検査項目
MRI
CT
造影剤
結果持ち帰り方法
内視鏡
腹部超音波
健康診断

① <検査目的・現症・既往歴・手術歴・家族歴・現在の処方>
患者は、ここ数年間、人間ドックや健康診断を受けていません。
大阪市国民健康保険の被保険者ですが、当国保の補助のある人間ドックや
大阪市がん検診を利用した子宮がん、乳がん健診の受診を希望しています。
② <連絡事項・検査日程の希望>
11月初旬までの検査日で調整をお願いします。

検査日調整(決定)方法 ※検査日調整(決定)後、貴院へFAX連絡致します

- 1. 患者様より当センターに予約(検査日調整)の連絡をする
2. 当センターより患者様へ直接連絡(検査日調整)を希望する

患者連絡先Tel: 06 - **** - **** (自宅) ・ 会社名 ()

希望連絡日時: 10月 3日 (月) ・ 10時~13時

※9~17時まで、土・日曜・祝日除く

紹介医療機関
名称: OOKリニック
住所: 大阪府中央区OO町1-2-3
TEL: 06-****-****
FAX: 06-****-****



平成 ____年 ____月 ____日

御中 FAX ____ - ____ - ____

<FAX> 検査日調整（決定）連絡書

フリガナ : _____ 生年月日 _____

患者氏名 : _____ (男・女) 大・昭・平 ____年 ____月 ____日

検査項目	<input type="checkbox"/> MRI →	部 位	<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 膵・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 骨盤	
			脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸・ <input type="checkbox"/> 胸・ <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 四肢、その他 (_____)	
	<input type="checkbox"/> CT →	造影剤	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> センター判断 → (BUN: _____ mg/dl CRE: _____ mg/dl)	
		<input type="checkbox"/> 不要	検査値をご記入下さい。	
	結果持ち帰り方法	画 像	<input type="checkbox"/> FILMのみ ・ <input type="checkbox"/> CDのみ ・ <input type="checkbox"/> 両方	
		報告書	<input type="checkbox"/> 持ち帰り ・ <input type="checkbox"/> FAX ・ <input type="checkbox"/> 郵送 (送料必要)	
※MRIの検査報告書のお持ち帰りは午後からの検査のみになります				
	<input type="checkbox"/> 内視鏡 →	<input type="checkbox"/> 上部消化管 ・ <input type="checkbox"/> 下部消化管		
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波			
	<input type="checkbox"/> 健康診断			

<備考>

検査申込みいただきました上記の患者様の検査日時は、以下のとおり決定しましたので、ご報告申し上げます。

検査日： 平成 ____年 ____月 ____日 (____) ・ ____時 ____分

※患者様には予約時間の _____分前にお越しいただくようお願いしています。