

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 タロウ 生年月日
 患者氏名 : 大阪 太郎 様 (男・女) 昭・平・令 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"/> 脾・ <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: 10 mg/dl CRE: 0.8 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"/> 胃内視鏡検査 <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>
 4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: 4月2日 (木) ・ 9時~12時
 ※9~17時まで、土・日曜・祝日除く

紹介医療機関

名 称 : ○○クリニック
 医師名 : ○○ ○○
 住 所 : 大阪府中央区○○町1-2-3
 TEL : 06-****-**** FAX : 06-****-****

令和 ____年 ____月 ____日

御中 FAX _____ - _____ - _____

例

<FAX> 検査日調整（決定）連絡書

フリガナ : _____ 生年月日 _____
患者氏名 : _____様（男・女） 昭・平・令 ____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"/> 脾・ <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

胃内視鏡検査
 腹部超音波
 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： 令和 ____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。