

申込日(FAX送信日) ____年 ____月 ____日

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 : _____ 生年月日 _____
患者氏名 : _____ 様 (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"/> 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				
<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>

② <連絡事項・検査日程の希望>

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: _____ - _____ - _____ 自宅 ・ 会社名 (_____)

連絡希望日時: ____月 ____日 (____) ・ ____時 ~ ____時

※9~17時まで、土・日曜・祝日除く

紹介医療機関
名 称 :
医師名 :
住 所 :
TEL : _____ FAX : _____