

# 大阪労災病院 検査予約申込書

令和 年 月 日

**FAX:072-255-8203**

紹介元医療機関	〒		
	TEL ( )	FAX ( )	科 先生

検査名・部位	<input type="checkbox"/> CT 一般( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影* ) 部位( ) 骨関節再構成CT( <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 冠状断 ) 部位( ) 造影CTアンギオ*( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 鎖骨下 <input type="checkbox"/> 胸～腹部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 ) ↳ 血管抽出のみ <input type="checkbox"/> MRI( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影* ) 部位( ) *造影撮影の場合 ( 3ヶ月以内のeGFR値 _____ mL/min/1.73m <sup>2</sup> eGFR値がCTは45以下、MRIは30以下の場合には実施できません 同意書を添えてお申し込みください ) <input type="checkbox"/> 経静脈性尿路造影( IP )検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査( 同意書を添えてお申し込みください ) <input type="checkbox"/> 超音波検査( <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 心臓 ) <input type="checkbox"/> 消化管バリウム造影検査( <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸造影 ) <input type="checkbox"/> RI検査 ( <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 肺血流シンチ <input type="checkbox"/> 唾液腺シンチ ) <input type="checkbox"/> 骨密度測定検査 ( <input type="checkbox"/> 腰椎正面 + <input type="checkbox"/> R股関節 or <input type="checkbox"/> L股関節 ) <input type="checkbox"/> 上肢神経伝導検査 ( <input type="checkbox"/> 上肢 正中神経 手根管セット <input type="checkbox"/> 上肢 尺骨神経 肘部管セット )
	病名・主訴
	撮影画像 CD-ROM <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 * 胃内視鏡検査、超音波検査は所見のみ、 上肢神経伝導検査は結果のみのお渡しになります
	備考 ご都合の悪い日など

フリガナ		旧姓	性別
患者氏名	姓 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 ( 歳 )		
現住所	〒 TEL ( )		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃 科受診 )		
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 ( <input type="checkbox"/> 貴院待機中 ) <input type="checkbox"/> 入院患者 ( DPC <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 非対象 )		

当院記入欄	ID					予約日時	/ ( ) :	担当	
-------	----	--	--	--	--	------	---------	----	--

〒591-8025 堺市北区長曾根町1179-3 独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院 メディカルサポートセンター/地域医療連携室	TEL:072-255-8076(直通) FAX:072-255-8203(直通) 予約FAX受付時間:8時15分～20時00分 休診日:土日祝及び12/29～1/3
--	--