

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 ² 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) ※休止中 <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"/> 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 体内ペースメーカー・除細動器使用の場合は実施できません) 撮影画像はCD-ROMでお送り致します。超音波検査は所見のみ、 骨密度測定検査・上肢神経伝導検査は結果のみのお渡しとなります
	病名・主訴
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
--	--