

FAX: 072-255-8203

紹介元医療機関	〒		
	科 先生		
	TEL ()	FAX ()	

検査名 ・部位	□CT 一般（ □単純 □造影* ） 部位（ ） 骨関節再構成CT（ □矢状断 □冠状断 ） 部位（ ） 造影CTアンギオ*（ □頭部 □頸部 □鎖骨下 □胸～腹部 □腹部 □下肢 ） →血管抽出のみ □MRI（ □単純 □造影* ） 部位（ ） *造影撮影の場合 3ヶ月以内のeGFR値 _____ mL/min/1.73m² eGFR値がCTは45以下、MRIは30以下の場合は実施できません 同意書を添えてお申し込みください □経静脈性尿路造影（ IP ）検査 □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 □超音波検査（ □腹部 □乳房 □頸部 □心臓 ） □骨シンチ □骨密度測定検査 （ □腰椎正面 + □R股関節 or □L股関節 ） □上肢神経伝導検査 { □上肢 正中神経 手根管セット □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		☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (歳)			
現住所	〒 TEL ()			
当院受診歴	☐ 無 ☐ 有 (年 月頃 科受診)			
患者状況	☐ 外来患者 (☐ 貴院待機中) ☐ 入院患者 (DPC ☐ 対象 ☐ 非対象)			

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

〒591-8025 堺市北区長曽根町1179-3 独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院 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
---	--