宝塚市立病院
地域医療室

# 検　査　　申込書　（ＦＡＸ用）

2025年4月改定

ＦＡＸ　0797-83-2818

**依頼元医療機関名**
住所
医師名
電話番号
ＦＡＸ

| 当院使用欄 | 年　月　日 |
|---|---|
| | ―　― |
| | |
| | |

※太枠内は必ずご記入ください

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 当院の受診歴 |
|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | 旧姓（　　） | 男・女 | 大・昭・平・令　年　月　日（　　）歳 | □ 有・□ 無 |
| 住　所 | 〒（　　－　　） | | | |
| 電話番号 | 自宅（　　）　－ | 携帯電話（　　）　－ | | |
| 希望日 | ＊複数希望日をご記入ください。 | | □いつでも可 | |
| 現　状 | □ 外来待機中　□ 帰宅　□ 入院中 | 来院方法 | □ 徒歩　□ ストレッチャー　□ 車イス | |

↳入院中で受診される場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡しください。

◎紹介状の宛先は検査項目担当医でお願いいたします。（例：CT担当医、エコー担当医）

| | |
|---|---|
| □CT | ※必ずチェック→　□単純　□造影 ｸﾚｱﾁﾆﾝ値；（　　mg/dl）検査日：<br>＊検査予定日の6ヵ月以内のもの<br>□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□下腹部　□骨盤<br>（目的臓器　　）<br>□脊椎（ 頸 ・ 胸 ・ 腰 ）　□その他（　　） |
| □MR | ※必ずチェック→　□単純　□造影 ｸﾚｱﾁﾆﾝ値；（　　mg/dl）検査日：<br>＊検査予定日の6ヵ月以内のもの<br>□脳　□脳・頭部血管（MRI+MRA）　□脊椎（ 頸 ・ 胸 ・ 腰 ）<br>□MRCP　□骨盤　□子宮・卵巣　□腹部（部位　　）<br>□（　　）関節　□前立腺　□その他（　　）<br>※体内の金属　□有（　　）※ペースメーカーがある場合は機種名を記入の上、必ず事前連絡してください。 |
| □内視鏡 | □ 胃内視鏡<br>□ 大腸内視鏡　75歳以上・虚弱な患者様に対する大腸内視鏡検査は、入院が必要となる場合があるため、検査予約ではなく消化器内科の診察予約をお願いいたします。<br>□ 検査のみ可能と判断　但し、明らかに入院が不要と判断された患者様は、検査予約のみも可能です。 |
| □生理検査 | □エコー　（ 心臓 ・ 腹部 ・ 甲状腺 ・ 頚動脈 ・ 末梢動脈血管 ・ 末梢静脈血管 ）<br>□ホルター心電図　□トレッドミル　□脳波　□神経伝導速度<br>※ご予約時に診療情報提供書が必要です<br>□肺機能　□その他（　　） |
| □ｼﾝﾁｸﾞﾗﾑ | □骨　□負荷心筋（薬剤・運動）　□心筋交感機能（MIBG）　□腎動態（レノグラム）<br>□DAT　□脳血流（認知症）　□脳血流定量検査（安静のみで負荷は行っていません）<br>□心筋ピロリン酸　□その他（　　）<br>※検査に使う薬剤は当日の予定時刻に合わせて準備します。キャンセルされる場合は必ず前日までにご連絡ください。 |
| □その他 | □骨密度　□PEG交換　□その他（　　） |

【予約時のお願い】
**※申込書（この用紙）は紹介状になりません。**
**※当日紹介状の原本を持参されない場合は、検査を受けていただけませんので必ず持参ください。**

| 入力者 | 確認者 |
|---|---|
| | |

患者サポートセンター 地域医療室　TEL：0797-87-9517（直通）