

# 検査依頼票


記載がより  
簡単になりました!


年 月 日

国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室

紹介予約FAX (24時間受付)

お問い合わせ (平日9:00~17:00)

 075-643-4361

 0120-06-4649

|          |  |
|----------|--|
| 医療機関名    |  |
| 医師名      |  |
| 電話・FAX番号 |  |

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| ふりがな  |               | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女         |
| 患者氏名  | (旧姓)          | T S<br>H R 年 月 日生   |
| 電話番号  | - - (自宅 / 携帯) | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 来院の際、 <u>紹介状・保険証原本</u> (またはマイナンバーカード) をお持ち頂きますよう、患者さんにお伝え下さい。 |               |   |

|    |                                  |                              |
|----|----------------------------------|------------------------------|
| 病名 | の疑い <input type="checkbox"/> 入院中 | 紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。 |
|----|----------------------------------|------------------------------|

|     |              |              |
|-----|--------------|--------------|
| 希望日 | 第一希望日 月 日 時頃 | 第二希望日 月 日 時頃 |
|-----|--------------|--------------|

|  |   |
|--|---|
| 検査   | <input type="checkbox"/> 胃カメラ直行使 ( <input type="checkbox"/> 鎮静希望 )  |
|  | <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査  |
|  | 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|  | <input type="checkbox"/> CT (単純)  |
|  | <input type="checkbox"/> CT (造影) <b>必ずご記入下さい</b>  |
|  | <input type="checkbox"/> MR (単純・MRA含む)  |
|  | <input type="checkbox"/> MR (造影) <b>必ずご記入下さい</b>  |
| <input type="checkbox"/> 一般撮影  |   |
| <input type="checkbox"/> 骨塩定量 ( <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 ) |   |
| <input type="checkbox"/> RI ご希望の検査名をご記入ください ( )  |   |
| 注意事項   | <input type="checkbox"/> ペースメーカー有り (ペースメーカー手帳もあわせてFAXしてください)  |
|  | <input type="checkbox"/> 妊娠中 (MR検査は原則、14週以上から撮影できます)  |
| ※ 造影検査で、腎機能障害がある場合や判断が難しい場合、当院の判断で、単純検査に変更させていただくことがありますので、ご了承ください。<br>(造影検査での腎機能のめやす CT : eGFR > 45, MRI : eGFR > 60) |   |

**腎機能評価※**  
CRE \_\_\_\_\_ mg/dL  
または  
eGFR \_\_\_\_\_  
検査日 年 月 日

|           |
|-----------|
| 病院への連絡事項等 |
|-----------|