

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 年 月 日生 H R
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"/> 胃カメラ直行便 (<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) 必ずご記入下さい
	<input type="checkbox"/> MR (単純・MRA含む)
<input type="checkbox"/> MR (造影) 必ずご記入下さい	
<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 ()	

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

注意事項	<input type="checkbox"/> 心臓植込み型デバイス有り (ペースメーカーやICD等の手帳・カードも併せてFAX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。 (造影検査での腎機能のめやす CT : eGFR > 45, MRI : eGFR > 60)
------	--

病院への連絡事項等
