

住友病院 ・ 検査予約依頼表 (FAX用)

様式 1

医療機関名	仮診断及び検査目的
医師名	
TEL	検査希望日
FAX	
初回申し込み時 (結果送付先必要のため)	
住所	

※住友病院 診療券 (無・有) No.

※患者氏名には、必ずフリガナをご記入ください ※旧姓は同姓同名の方を区別し、カルテの二重発行を防ぐためにお聞きしています

フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ) <input type="checkbox"/>	男・女
患者氏名	(旧姓 )			
住所	(〒 - )	TEL ( ) -		
患者状況	2週間以内の海外渡航歴 無・有	被保険者証、後期高齢者医療証		
	帰国日 月 日、国名	保険者番号		
	発熱 無・有	記号・番号		
	体温 °C 測定日 月 日	区分	本人・家族 (被保険者名 )	
	上気道症状 無・有	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	呼吸苦・咳・痰・嗅覚異常・味覚異常・その他 ( )	公費医療受給者証 (障がい等)		
	市町村番号			
	受給者番号			
	有効期限			

\*当院は生活保護非指定医療機関となっております

《 受入可能検査 》

造影剤 (無・有)、腎機能 (正常・異常)、アレルギー疾患 (無・有)

造影剤有り検査の場合→	心、肝、腎、甲状腺機能に重篤な障がいがない事、及び喘息その他禁忌事項に当たらない事を確認して下さい 血清クレアチニン値が高値 (1.5mg/dl) の場合や半年以内のデータが無い場合は単純撮影とさせていただきます クレアチニン値高値で造影を依頼される場合はクレアチニン値記入付近にコメントをご記入下さい <b>血清クレアチニン ( ) mg/dl</b>
-------------	--

\*胃カメラ検査時記入→ キシロカインアレルギー (無・有) ブスコパン禁忌 (無・有)

※CT・MRIの同日2箇所は不可

[MRI]	[CT]	[RI]	[内視鏡]
頭部精査	頭部	脳血流	胃カメラ (経口)
頭部MRA	頸部	ドパミン (DAT)	胃カメラ (経鼻)
頭部精査+MRA	脊椎	骨	[超音波]
頸部	胸部	ガリウム	腹部エコー
頸部MRA	腹部	甲状腺	心エコー
胸部 (心臓以外)	大腸	副甲状腺 (MIBI)	甲状腺エコー
腹部	胸腹部	心筋血流 (運動負荷)	頸動脈ドプラ
MRC P	骨盤部	心筋血流 (薬剤負荷)	
骨盤部	・ 上肢 ・ 下肢	心筋 脂肪酸 (BMIPP)	[心電図]
頸椎	冠動脈	交感神経 (MIBG)	エルゴ負荷
胸椎	[放射線関係]	肺血流	トレッドミル負荷
腰椎	胃透視	肺換気	ホルター
上肢 (左・右)	注腸透視	肝機能	
下肢 (左・右)	骨密度 (腰椎・大腿)	腎機能	[その他]
	骨密度 (腰椎・大腿・前腕)	褐色細胞腫	栄養指導
	骨密度 (腰椎2方向・大腿・前腕)		
	全身体組成 (骨・脂肪・筋肉)		

\*放射線検査結果について

① CD-R 後日郵送	
② CD-R 当日持ち帰り	
③ CD-R 不要	
④ 読影必要	
⑤ 読影不要	

\*休診日

土曜・日曜・祝日・  
年末年始 (12/29~1/3)

\*お問い合わせ先

**地域医療連携室**  
(受付時間 8:30~19:00)

(FAXは24時間稼働)

但し、時間外・休日着信分は翌日対応)

TEL 06 - 6447 - 3031 (直通)

FAX 06- 6447- 3052 (直通)

受付時間以外 TEL 06-6443-1261 (代表)