FAX　06-6447-3052（地域医療連携室　直通）

2025.04.23改訂

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）	男・女
患者氏名	（旧姓　）			
住　所	〒　－			
TEL	（　）　－			
保険情報				

■健康保険/被保険者証、後期高齢者医療証			■公費医療受給者証　（障がい等）	
保険者番号			市町村番号	
記号・番号	・		受給者番号	
区　分	本人・家族	被保険者名	有効期限	
負担割合	1割　・　2割　・　3割			

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 または 心筋血流検査の場合→

心、肝、腎、甲状腺機能に重篤な障がいが無い事、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

血清クレアチニン（　　）mg/dl

CT・RI検査	身長　cm	体重　Kg	心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動	心臓ペースメーカー　有・無
※ＣＴ・ＭＲＩの同日２箇所は不可			CT・RI検査時確認ください	植込型除細動器　有・無 種類（ICD、CRT-D）

	〔ＭＲＩ〕		〔ＣＴ〕		〔ＲＩシンチ〕		〔内視鏡〕
	頭部精査		頭部		脳血流		胃カメラ（経口）
	頭部ＭＲＡ		頚部		ﾄﾞﾊﾟﾐﾝ(DAT)		胃カメラ（経鼻）
	頭部精査＋ＭＲＡ		脊椎		骨		〔超音波〕
	頚部		胸部		ガリウム		腹部エコー
	頚部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		交感神経（MIBG）		頚動脈ﾄﾞﾌﾟﾗｰ
	ＭＲＣＰ		骨盤部		肺血流		
	骨盤部		・上肢　・下肢		肺換気		〔心電図〕
	頚椎		冠動脈		肝機能		エルゴ負荷
	胸椎		〔放射線関係〕		腎機能		トレッドミル負荷
	腰椎				褐色細胞腫		ホルター
	上肢(左・右)				心アミロイドーシス		
	下肢(左・右)				〔心筋血流〕 ※上部にクレアチニン値ご記載ください		〔筋電図〕
			骨密度（腰椎・大腿）				筋電図
			骨密度（腰椎・大腿・前腕）		心筋血流（運動負荷）		
			骨密度（腰椎2方向・大腿・前腕）		心筋血流（薬剤負荷）		〔その他〕
			全身体組成（骨・脂肪・筋肉）		心筋　脂肪酸（BMIPP）		栄養指導

＊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）
※検査のみのお申込の場合「鎮静下」での胃カメラ検査は対応しておりません。
鎮静下での検査をご希望の場合、消化器内科の外来予約をお取りください

□ 了承しました

＊検査結果について

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

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）

休診日　土曜・日曜・祝日・年末年始（12/29～1/3）