

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	男・女
患者氏名	(旧姓 )		( 歳)	
住所	〒 -			
TEL	( ) -	<b>保険情報</b> *生活保護医療券はご利用できません (当院は生活保護非指定医療機関です) ■健康保険/被保険者証、後期高齢者医療証 保険者番号 記号・番号		
患者状況	2週間以内の海外渡航歴 無・有	区分	本人・家族 ( )	
	帰国日 月 日、国名	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	体温 ℃	■公費医療受給者証 (障がい等)		
	測定日 月 日	市町村番号	受給者番号	
	上気道症状 無・有	有効期限		
咳・咽頭痛・呼吸苦 その他 ( )				

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>
----------------------------------	--

CT・RI検査	身長 cm	体重 Kg	心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	心臓ペースメーカー 有・無
※CT・MRIの同日2箇所は不可			CT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]	[内視鏡]
頭部精査	頭部	脳血流	胃カメラ (経口)
頭部MRA	頸部	トパシ(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	交感神経 (MIBG)	頰動脈ドプラー
MRC P	骨盤部	肺血流	
骨盤部	・ 上肢 ・ 下肢	肺換気	[心電図]
頸椎	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	胃透視	褐色細胞腫	ホルター
上肢(左・右)	注腸透視	[心筋血流]	[筋電図]
下肢(左・右)	骨密度 (腰椎・大腿)	※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・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

<p><b>*胃カメラ検査時記入</b></p> <p>※キシロカインアレルギー (無・有)</p> <p>※ブスコパン禁忌 (無・有)</p> <p>※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、消化器内科の外來予約をお取りください</p> <p><input type="checkbox"/> 了承しました</p>
<p><b>*検査結果について</b></p> <p>①CD-R 後日郵送</p> <p>②CD-R 当日持ち帰り</p> <p>③CD-R 不要</p> <p>④読影必要</p> <p>⑤読影不要</p>

**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)