

診療情報提供書

令和 年 月 日

〒583-8588 大阪府羽曳野市はびきの3-7-1 電話：072-957-2121 FAX：072-957-8051

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

画像診断科担当医 侍史

紹介元医療機関

所在地及び名称 _____

FAX番号 _____

医師名 _____ 印

電話番号 _____

患者氏名	フリガナ ()		
患者住所		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)	電話番号	— —
1. 主訴又は病名			
2. 臨床診断・検査目的			
3. アレルギー・感染症 情報など			

検査予約申込書

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> MRCP (単純にチェック) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	

受診希望日	第1希望() 第2希望() ※都合の悪い日()
待機状況	<input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 急ぎではない ※患者様がお待ちの場合はチェックしてください
持参画像の有無	<input type="checkbox"/> あり (ありの場合、 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム) <input type="checkbox"/> なし

※ 上記をご記入の上、FAXして頂きますようお願いいたします。

(MRIの場合はチェックリスト、造影(CT・MRIともに)の場合は問診票、同意書も共に送信してください)

※ 造影検査の場合は検査3時間前から絶食をお願いします。

予約通知書 は患者さまにお渡しください。

大阪はびきの医療センター 地域医療連携室 電話：【直通】072-957-8030 (代表) 072-957-2121