

高槻病院オープン検査予約票(診療情報提供書)

*072-681-3832(地域医療部直通電話)にて先に予約をお取り下さい

検査日時	年	月	日()	時	分
<input type="checkbox"/> CT単純・造影 *1 部位() 注)造影の場合は下記のご記入をお願いします	<input type="checkbox"/> MRI単純・造影 *2 部位() 注)下記のご記入をお願いします	<input type="checkbox"/> エコー 部位(腹部・甲状腺・心臓・頸動脈) 注)腹部は検査6時間前より絶食			
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> 胃透視 注)前日21時以降絶食	<input type="checkbox"/> 注腸透視 注)前処置あり、前日までに要来院			
<input type="checkbox"/> 胃カメラ *3 注)前日21時以降絶食	<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー *3 注)前日21時以降絶食 貴院にて下剤処方下さい	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 注)当日は入浴不可			
<input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷テスト	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> X-P単純撮影 部位()			
<input type="checkbox"/> 肺機能	<input type="checkbox"/> 脳波				

- *1 造影の場合のみご記入をお願いします。
ビグアナイド系糖尿病治療薬内服 (有・無) 有の場合検査前後2日間、計5日間の休薬が必要です。
ヨード造影剤での副作用の既往 (有・無) 喘息の既往 (有・無) 有の場合原則禁忌となります。
- *2 体内金属 (有 脳動脈瘤クリップ 血管クリップ、ステント、コイル、フィルター 人工心臓弁 人工関節
体内埋め込み型精密機器 人工内耳 ペースメーカー・無)
有の場合は撮影できない可能性がありますので、必ず素材等のご確認をお願いします。
当日体内金属等が発覚し確認とれない場合、CT(単純)へ変更する or 検査キャンセル のどちらかを○で選択下さい。
- *3 抗凝固薬、抗血小板薬、血管拡張薬、冠血管拡張薬、脳循環・代謝改善薬の服用 (有・無)
服用薬剤名 ()
有の場合、可能であれば5日前より中止をお願いします (可・不可) 不可の場合観察のみとなります。

データのお渡し方法 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム
結果のお知らせ方法(X-P、CT、MRIデータは検査当日患者さまにお渡しいたします)
<input type="checkbox"/> a. 結果またはデータのみ
<input type="checkbox"/> b. 結果、データと検査担当医師の所見
<input type="checkbox"/> c. bと共に患者さまは高槻病院を受診。高槻病院医師より説明(市民検診精密検査医療機関用紙記入含む)。

患者さまの診療情報提供をお願い致します

フリガナ 名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳
保険番号		(本人・家族)	公費負担番号			負担割合
記号	番号	受給者番号				割
病名・主訴・病歴等						

Cr値により算出するeGFR値がCT・MRIは30未満の場合、原則造影検査が出来ません。*CT・MRIの造影検査予約時に腎機能の確認を行いますので、最新の血液検査結果を添付 または 下記検査結果のご記入をお願いします。
(eGFRの数値が上記の値を満たさない場合は、ご予約時にスタッフまでご相談下さい。)

採血日 (年 月 日) クレアチニン (mg/dl) 又は eGFR (ml/分)

医療機関名	・お手数ですが、事前にFAXにて患者さまの情報をお知らせ下さい。 FAX 072-681-3831 ・2枚目の用紙は患者さまにお渡し下さい。当日、窓口には保険証と共に提出下さいますようご説明をお願いします。 ・オープン検査申込時間は、平日9:00～21:00、土曜9:00～17:00までです。平日19:30～21:00は下記へお電話をお願いします。 TEL 070-1288-0435
医師名	
住所	
TEL FAX	