

高槻病院オープン検査予約票(診療情報提供書)

*072-681-3832(地域連携部直通電話)にて先に予約をお取り下さい

- 電話予約
 web 予約

検査日時		年 月 日()	時 分
<input type="checkbox"/> CT単純・造影 *1 部位() <small>注)造影の場合は下記のご記入をお願いします</small>		<input type="checkbox"/> MRI単純・造影 *2 部位() <small>注)下記のご記入をお願いします</small>	<input type="checkbox"/> エコー 部位(腹部・甲状腺・心臓・頸動脈) <small>注)腹部は検査6時間前より絶食</small>
<input type="checkbox"/> 骨塩定量		<input type="checkbox"/> 胃透視 <small>注)前日21時以降絶食</small>	<input type="checkbox"/> 注腸透視 <small>注)前処置あり、前日までに要来院</small>
<input type="checkbox"/> 胃カメラ *3 <small>注)前日21時以降絶食</small>		<input type="checkbox"/> 大腸ファイバー *3 <small>注)前日21時以降絶食 貴院にて下剤処方下さい</small>	<input type="checkbox"/> ホルタ一心電図 <small>注)当日は入浴不可</small>
<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 <small>部位()</small>
<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。

甲状腺機能亢進症の既往(有 ・ 無) 有の場合 甲状腺機能が正常化していないときは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 ベースメーカー 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	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳
保険番号	(本人・家族)	公費負担番号	負担割合 割	
記号	番号	受給者番号		
病名・主訴・病歴等				

Cr値により算出するeGFR値がCT・MRIともに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 下記検査項目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
医師名	・2枚目の用紙は患者さまにお渡し下さい。 当日、窓口に「マイナ保険証」または「資格確認書」と共に提出下さいますようご説明をお願いします。
住所	・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
TEL	FAX