

① 診察及び検査予約依頼書

(申込日: 年 月 日)

- 市立岸和田市民病院 地域医療連携室 FAX: 072-441-8810 (TEL:072-441-8825)
 岸和田徳洲会病院 地域連携室 FAX: 072-445-9217 (TEL:072-445-9917)
 病院

【ご予約依頼】 ■診察 ■検査

新規・再送信

【当院受診歴】 有 無 ●当院ID

【紹介元】 外来 入院中

フリガナ
患者氏名 (男・女)
T・S
H・R 年 月 日 才
住所 〒
電話番号
携帯番号

紹介元医療機関名
ご住所 医師名
TEL:
FAX:

第1希望日 月 日 第2希望日 月 日 都合が悪い日 月 日

【依頼目的】 ※予約日には診療情報提供書と保険証を必ずご持参ください。
(病名・症状・特別希望)

がん遺伝子パネル検査

【診察申込み】 希望受診科名

希望医師名

【検査申込み】

CT ・ MRI

CT・MRIの造影・両方・一任は→チェックをお願いします
既往歴: 喘息(有・無) アレルギー(有・無) 腎機能障害・CRE mg/dl

↓
単純 造影 両方 一任

MRIは下記で「有」の方は検査できません。

- 閉所恐怖症 (有・無)
- 心臓ペースメーカー・VPシャント (有・無)
- 人工内耳等の電極 (有・無)
- MRI対応脳未対応又は材料不明の動脈クリップ (有・無)
- 体内金属 (有・無)

《検査部位》

頭部 (▽VSRAD) 頸椎 頸部 胸椎 胸部 腰椎
腹部 (全腹・上腹・下腹) 骨盤部
四肢・関節 (部位) その他 ()

△冠動脈CT(MDCT) 別途申込み用紙があります

PET/CT 別途申込み用紙があります (体重 kg)

RI ガリウムシンチ 骨シンチ △脳血流シンチ その他

消化管造影 食道・胃・十二指腸 注腸

内視鏡検査 上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡

超音波検査 腹部エコー 甲状腺エコー 希望検査部位に○を付けてください

心臓エコー 末梢血管エコー (頸動脈・下肢静脈・下肢動脈・腎動脈)

△は岸和田市民病院は診察後の実施、徳洲会病院は直接予約可能となっております。

【来院方法】 自己来院(独歩) 車イス ストレッチャー(救急車・搬送者含む)にて来院予定