

依頼元医療機関  
住所 名称  
電話番号  
F A X

平成 年 月 日 当院使用欄

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ, 氏名, 性別 (男・女), 宝塚市立病院受診歴 (有・無・不明), 生年月日 (大・昭・平 年 月 日 ( )歳), 住所 (〒), 電話番号 (固定電話, 携帯電話), ※日中連絡が取れるようにチェックしてください。 希望日, 不可日, 患者様の予約回答待ち状況 (外来待機中, 帰宅, 入院中)

◎紹介状の宛先は検査項目担当医 (医師指定なし) をお願い致します。

例：CT担当医 エコー担当医

CT: ※必ずチェック→ □単純のみ □造影希望 □必要あれば造影 □頭部 □頸部 □胸部 □上腹部 □下腹部 □骨盤 □脊椎 (頸・胸・腰・仙) (目的臓器) □その他 ( ) ※腎機能をお教えてください (検査日: 月 日) ・血清クレアチニン値 (mg/dl) ・未測定 [未測定の場合造影検査当日当院にて検査前診察をおこないます。] ・eGFR (ml/分/1.73m<sup>2</sup>)

MR: ※必ずチェック→ □単純のみ □造影希望 □必要あれば造影 □頭部 □脊椎 (頸・胸・腰・仙) □MRCP □腹部 (部位 ) □骨盤 □子宮・卵巣 □上肢・下肢 (右・左・両方) □ ( ) 関節 □前立腺 □その他 ( ) ※体内の金属 □無 □有 ( ) ※腎機能をお教えてください (検査日: 月 日) ・血清クレアチニン値 (mg/dl) ・未測定 [未測定の場合造影検査当日当院にて検査前診察をおこないます。] ・eGFR (ml/分/1.73m<sup>2</sup>)

内視鏡: □胃内視鏡 □大腸内視鏡 75歳以上、虚弱な患者様に対する大腸内視鏡検査は、入院が必要となる場合があるため検査予約ではなく原則消化器内科の診察予約をお願いしています。 □検査のみと判断致しました 一方明らかに入院が不要と判断された患者様は、検査予約のみも可能です。

生理検査: □エコー (心臓・腹部・甲状腺・頸動脈・末梢動脈血管・末梢静脈血管) □ホルター心電図 □トレッドミル □脳波 □神経伝導速度 □精密肺機能 □肺機能 □その他

シンチグラム: 骨・脳血流・DAT・腎・心筋交感神経機能・腎動態(カメラレノグラム) 負荷心筋(運動・薬剤)

その他: □骨密度 □他( )

**【予約時のお願い】 申込書(この用紙)は紹介状になりませんのでご注意ください。**

※検査の診療科ごとに紹介状をお願い致します。

※夜間体制の17時以降は、予約をお取りするのに時間がかかる場合がございます。

※当日紹介状の原本を持参されなかった場合は検査を受けていただけませんので必ずご持参ください。

当院使用欄			
入力確認	予約票確認	一覧表入力	予約
			✓