

医療共同利用設備申込書 兼 診療情報提供書

医真会 用

紹介先医療機関

医真会八尾総合病院

住所：大阪府八尾市沼1-41
TEL・FAX 共通：072-949-7752
(地域連携室直通)



紹介元医療機関

医療機関名

TEL

所在地

FAX

医師氏名

印

フリガナ				
氏名				
生年月日	大 昭	年	月	日
	平 令			
		性別	男	女

検査 希望日時 (必ずご記入 下さい)	<input type="checkbox"/> 指定なし
	<input type="checkbox"/> 出来るだけ早く
	<input type="checkbox"/> 日時指定 (御希望の日時をご記入ください)
	月 日 時より
医真会受診歴	有り・無し・不明

□の一つに印をつけて下さい。()には部位をご記入下さい。

放射線科	MRI (★要問診)	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRA 付き) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	CT (★要問診)	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 上腹部 (部位:) <input type="checkbox"/> 下腹部 (部位:) <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他 ()
	消化管造影	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 必ずチェック して下さい★ <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> マンモグラフィー
	□その他検査 ()		
生理 検査科	超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 末梢血管 <input type="checkbox"/> その他表在 (部位:)	
	□ホルター <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 睡眠脳波 <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 24時間血圧計 <input type="checkbox"/> その他 ()		
内視鏡	□大腸ファイバー (ポリペクトミー/あり・なし) <input type="checkbox"/> 必ずチェック して下さい★		<前処置> <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <感染症> <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 検査中
	<抗血小板凝集抑制剤服用の有無> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (薬品名:)		□ 日前より服薬止め)

★放射線科の消化管造影、または内視鏡検査をご依頼の場合は**ブスコパン、グルカゴンのチェック**をして下さい。

★MRI または CT をご依頼の際は、事前に別紙の問診が必要となります。

診療情報 提供書	紹介目的	
	傷病名 既往歴 家族歴 症状	
	経過及び 検査結果	
	現在の処方 備考	

<検査申し込み方法>

- ①この用紙をご記入の上、地域連携室まで FAX してください。
(地域連携室まで直接電話でご連絡頂いても構いません)
- ②検査の日時を記載した予約票を FAX にて返信致します。
- ③当日は、この用紙と予約票、保険証をご持参の上、直接該当の検査室までお越し下さい。

<検査申込先> 下記まで FAX して下さい。

医真会八尾総合病院 地域連携室

072-949-7752 (TEL・FAX 共通)

医真会八尾総合病院 放射線科検査依頼時 問診書兼承諾書

医真会控

放射線科検査依頼時は、以下の項目について問診をお願いいたします

ペースメーカーを使用されている患者様は一部CTとMRI検査を受けることができません。また体内に金属やカテーテルが留置されている方や下記にはいとお答えになった方の中には、重篤な事故を引き起こす可能性があり、放射線科医師の判断で検査が施行できない場合がありますのでご了承下さい。

・手術歴はありますか？ はい ・ いいえ

はいとお答えの方は具体的に _____

・体内、体表になにか留置されているものはありますか？ はい ・ いいえ

(義歯・人工内耳等のインプラント・眉墨・入墨・電子機器・貼付け薬・金属粉を扱う職業・義眼・一部コンタクトなどを含む)

はいとお答えの方は具体的に _____

・閉所恐怖症ですか？ はい ・ いいえ

・妊娠していますか？ はい ・ いいえ

・体重は？ _____ kg

造影剤使用検査は、以下の項目についても問診をお願いいたします

・造影剤検査で副作用を経験したことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合 (いつごろですか？検査名・症状は)

(いつごろ _____) 発疹、かゆみ、吐気嘔吐、頭痛、血圧低下

(検査名 _____) その他 (_____)

・ヨード過敏症と言われたことがありますか？ はい ・ いいえ

・気管支喘息はありますか？ (小児喘息は除く) はい ・ いいえ

「はい」の場合のみ : 現在治療中・現在治癒している・その他 (_____)

・アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合 (具体的に) アトピー、アレルギー性鼻炎、薬 (_____)、食べ物 (_____)

その他 (_____)

・e-GFR値 _____ 採血日 _____ 月 _____ 日 (e-GFR値が30mL/min/1.73m²未満は不可)

・以下の疾患について、該当項目には○で囲んで下さい

糖尿病・甲状腺機能障害・腎機能障害・重篤な心疾患・重篤な肝障害

マクログロブリン血症・テタニー・多発性骨髄腫・褐色細胞腫およびその疑い

・ビグアナイド系糖尿病薬 (メトホルミン塩酸塩錠) を服用していますか？ はい ・ いいえ

・ベータブロッカーを服用していますか？ はい ・ いいえ

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 主治医名 _____