大阪市立十三市民病院　検査予約依頼書ＦＡＸ用紙
ＦＡＸ送信先：地域医療連携室（０６）６１５０－８６８６

＜貴 医 療 機 関＞

医療機関名
所　在　地
Ｔ　Ｅ　Ｌ　　Ｆ　Ａ　Ｘ
担　当　科　　医　師　名

検査希望日						
	1. 第１希望	平成	年	月	日（　　）
	2. 第２希望	平成	年	月	日（　　）
	3. 特に希望する日はない				

□ ＣＴ 撮影部位［　　］
　□ 単純　　□ 腎機能検査希望
　□ 造影（e-GFR 値(Cre 値)　　・採血日　　月　　日　検査予定日の１ヵ月以内のデータ）

□ ＭＲＩ 撮影部位［　　］
　□ 単純　　□ 腎機能検査希望
　□ 造影（e-GFR 値(Cre 値)　　・採血日　　月　　日　検査予定日の１ヵ月以内のデータ）

□ 骨塩定量測定検査（骨密度測定）　※身長[　　]cm　体重[　　]kg
　□ 腰椎・大腿骨頭（ルーチンセット）　□ 全身（骨・体組成）：DXA

□ 内視鏡検査　□ 上部消化管　□ 下部消化管

□ 胃瘻チューブ交換

□ 腹部エコー　□ 心エコー　□ 頸動脈エコー

□ 脈波検査　※身長[　　]cm　体重[　　]kg

□ 呼吸機能検査　※身長[　　]cm　体重[　　]kg

過去に十三市民病院にかかったことが　ある　／　ない

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
氏　名				
住　所	〒 電話番号　（　　）			

	保険者番号	継	記　号	番　号	本人・家族	有効期限
保険証					本・家	
					本・家	

	公費負担者番号	公費負担受給者番号	有効期限	一部負担助成
医療証 受給者証				有・無
				有・無

十三市民病院記載欄		
	ＩＤ番号	●カルテ：　有　・　無
	●予約科：　　科	●予約医師　　Ｄｒ
	●予約日：　月　日（　）	●予約時間　時　分