

大阪市立十三市民病院 検査予約依頼書 F A X 用紙

F A X 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

担当科

F A X

医師名

検査希望日

1. 第1希望 令和 年 月 日 ()

2. 第2希望 令和 年 月 日 ()

3. 特に希望する日はない

- C T 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)
- M R I 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)
- 骨密度測定検査 (DXA法) ※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)
- 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
- 脈波検査 ※身長[]cm 体重[]kg
- 呼吸機能検査 ※身長[]cm 体重[]kg

過去に大阪市立十三市民病院にかかったことが							ある	/	ない
フリガナ				男	生年月日	明・大・昭・平・令			
氏名				女		年 月 日			
住所	〒 -						電話 ()		
保険証	保険者番号			枝番	記号	番号	本人家族	有効期限	
							本・家		
医療証 受給者証	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	
								有・無	
							有・無		
大阪市立 十三市民病院 記載欄	ID番号	●予約科： 科			●カルテ： 有 ・ 無		●予約医師 Dr		
		●予約日： 月 日 ()			●予約時間		時 分		