**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

　　TEL　　　　　　　　　　 　　　　 　FAX

　　担当科　　　　　　　　　　　　 　 　　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

**□**　**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  ・  女 | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日 | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　●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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |