

# 堺市立総合医療センター予約申込書

予約決定日時 (当院記入欄)
----------------

所在地

施設名

医師名

TEL	-	FAX	-
フリガナ	年齢	性別	男・女
患者氏名	歳	M T S H R	
住所		年	月 日生
TEL	-	当院受診歴	あり・なし
現在貴院に	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	※当院ご入院になられた場合、開放病床利用を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	

●診療申込欄 (検査のみの場合、この欄記入不要) ※可能でありましたら診療情報提供書を一緒にご送付願います。

受診科名	※希望医師名
主訴または病名	
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他( )	
備考(予約日時などの希望)	

●検査申込欄 (診療のみの場合、この欄記入不要) ◎放射線画像 希望する・しない

※ 診療情報提供書・問診表・同意書を後程ご送付ください。

放射線科 画像診断	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他( )	必ず記入下さい 妊娠(有・無)
	MRI	<input type="checkbox"/> 脳精査 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢・膵臓) <input type="checkbox"/> 乳房(右 or 左) <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 四肢・関節(部位) <input type="checkbox"/> その他(部位)	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 造影の場合 ・クレアチニン値 ( mg/dl) または
	シンチ	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> Ga	・eGFR値
	その他	<input type="checkbox"/> 骨塩分定量(骨密度測定) <input type="checkbox"/> 乳房撮影(マンモグラフィー)	( ml/min/1.73/m <sup>3</sup> )
消化器内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(食道・胃・十二指腸)		
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) <input type="checkbox"/> 胎児エコー <input type="checkbox"/> その他( )		
呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> スクリーニング(スパイログラム、フローボリューム) <input type="checkbox"/> 公害認定(SVC・FVC・FRC・Dlco・CV)		
循環器検査	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> その他( )		
備考(予約日時・フィルムコピーなどの希望)			