

検査予約申込書兼診療情報提供書

年 月 日

送信先 京都市立病院 地域連携室 FAX (075) 311-9862(専用)

受付時間 平日/8:30~20:00(木曜日は17:00まで)、土曜日/8:30~12:00
事前予約医療機関専用電話 TEL (075) 311-6348

▶ 検査希望日

第1希望	月	日()
第2希望	月	日()
第3希望	月	日()
<input type="checkbox"/> 希望なし		

▶ 紹介元医療機関

所在地
名称
診療科
医師名
TEL
FAX

▶ 患者情報

※市立病院のIDをお持ちの方は患者番号をご記入ください。

市立病院・京北病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	市立病院・京北病院 患者番号	
ふりがな		旧姓	
氏名		性別	男・女
		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	電話番号()	-
病名 (主訴)		既往歴 (家族歴)	
病状経過 治療経過 検査結果	現在の処方		
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	入院中に検査受診される場合	<input type="checkbox"/> 入院中
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 機種名()		
除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 機種名()		
着替え・移乗時の見守り、介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 → 特記()		

▶ 保険情報

※保険証の写しをFAXしていただければ記入は不要です。

被保険者証	保険者番号		医療 公費負担 受給者証	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	被保険者氏名			有効期限	年 月 日~
	続柄	本人・家族			負担割合
				年 月 日	年 月 日

▶ 検査予約

※紹介状の宛先は空欄で結構です。

<input type="checkbox"/> CT	検査部位 ▶ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他() 造影希望 ▶ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 eGFR ▶ : _____ (1ヶ月以内の数値) ※冠動脈CTは受診が必要なため、 画像データ ▶ <input type="checkbox"/> CD-R希望 <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> 不要 検査のみはお受けできません。
<input type="checkbox"/> MRI	検査部位 ▶ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> その他() 造影希望 ▶ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 eGFR ▶ : _____ (1ヶ月以内の数値) 画像データ ▶ <input type="checkbox"/> CD-R希望 <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> 不要 ※以下の事項について、確認してください。 ①人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ④刺青 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ②心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑤体内金属(人工骨頭、関節、手術クランプ、義歯、ブリッジ etc) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③脳外科用クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑥1時間程度の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> RI	検査種別 ▶ <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> DATSCAN <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他() 画像データ ▶ <input type="checkbox"/> CD-R希望 <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> DPX(骨塩定量)	
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	検査方法 ▶ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 ※以下の事項について、確認してください。 ①前回検査 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 他院】 <input type="checkbox"/> 無 ④グルカゴン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ②ブスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ⑤抗凝固剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③キシロカインアレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓(小児除く) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 血管【 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈】
<input type="checkbox"/> 生理検査	<input type="checkbox"/> 運動負荷検査【 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> エルゴメーター】 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 細胞外液量測定 <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 <input type="checkbox"/> 脳波(小児除く) <input type="checkbox"/> 誘発脳波【 <input type="checkbox"/> 体性感覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚】 <input type="checkbox"/> 神経伝達速度