

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 平日のみ/8:30~19:00(木曜日は17:00まで)
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 ()
☐ 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	☐ 有 ☐ 無 ☐ 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
住所	〒 -	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
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 ▶ ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 入院中に検査受診される場合 ▶ ☐ 入院中			
ペースメーカー ▶ ☐ 無 ☐ 有 → 機種名 ()			
除細動器(ICD) ▶ ☐ 無 ☐ 有 → 機種名 ()			
着替え・移乗時の見守り、介助 ▶ ☐ 不要 ☐ 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~ 年 月 日
	続柄	本人・家族			

検査予約

※紹介状の宛先は空欄で結構です。

☐ CT	検査部位 ▶ ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ その他 () 造影希望 ▶ ☐ 有 ☐ 無 ☐ 一任 eGFR ▶ : (1ヶ月以内の数値、45未満は撮影不可) 画像データ ▶ ☐ CD-R希望 ☐ 不要 ※冠動脈CTは受診が必要なため、検査のみはお受けできません。
☐ MRI	検査部位 ▶ ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 四肢 ☐ MRCP ☐ 脊椎 ☐ その他 () 造影希望 ▶ ☐ 有 ☐ 無 ☐ 一任 eGFR ▶ : (1ヶ月以内の数値、45未満は撮影不可) 画像データ ▶ ☐ CD-R希望 ☐ 不要 ※以下の事項について、確認してください。 ①人工内耳 ☐ 有 ☐ 無 ④刺青 ☐ 有 ☐ 無 ②心臓人工弁 ☐ 有 ☐ 無 ⑤体内金属(人工骨頭、関節、手術クリップ、義歯、ブリッジ etc) ☐ 有 ☐ 無 ③脳外科用クリップ ☐ 有 ☐ 無 ⑥1時間程度の静止 ☐ 可 ☐ 否
☐ RI	検査種別 ▶ ☐ 脳血流 ☐ DATSCAN ☐ 骨シンチ ☐ その他 () 画像データ ▶ ☐ CD-R希望 ☐ 不要
☐ DPX(骨塩定量)	
☐ 胃カメラ	検査方法 ▶ ☐ 経口 ☐ 経鼻 ※以下の事項について、確認してください。 ①前回検査 ☐ 有【 ☐ 本院 ☐ 他院】 ☐ 無 ④グルカゴン ☐ 可 ☐ 不可 ②ブスコパン ☐ 可 ☐ 不可 ⑤抗凝固剤使用 ☐ 有 ☐ 無 ③キシロカインアレルギー ☐ 有 ☐ 無
☐ 超音波検査	☐ 心臓(小児除く) ☐ 腹部 ☐ 頸部 ☐ 血管【 ☐ 頸動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 下肢静脈 ☐ 腎動脈】
☐ 生理検査	☐ 運動負荷検査【 ☐ トレッドミル ☐ エルゴメーター】 ☐ 血圧脈波 ☐ ホルター心電図 ☐ 細胞外液量測定 ☐ 呼吸機能検査 ☐ 脳波(小児除く) ☐ 誘発脳波【 ☐ 体性感覚 ☐ 聴覚 ☐ 視覚】 ☐ 神経伝達速度