

大阪南医療センター地域医療連携室【検査依頼書 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)

*地域連携室受付時間は(月～木曜日9:00～17:15/金曜日9:00～20:00/土曜日9:00～13:00)となります。

*ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。



患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	明治	年 月 日生
			大正	
住所	〒	電話番号	-	-
当センターでの受診歴の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:)		
患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います。		(診療情報提供書もFAX送信下さい。)		現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)
医療機関名 住所 医師名			電話番号	
			FAX番号	

検査依頼項目選択 (ご依頼いただく検査に☑チェックをお願いします。)

○【心疾患スクリーニングセット】と【生活習慣病合併症検査】と【消化器内視鏡検査】についてご記入願います。

*検査希望は1検査ごとに1枚の依頼書となります。

*予約は希望日前日までにFAXいただきますようお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 心疾患 スクリーニング セット 月曜日・金曜日の 13:00, 14:00	第1希望日: 月 日	検査依頼時は必ず診療情報提供書を 添付しFAXしてください。
	第2希望日: 月 日	
	①検査結果につきましては検査終了後1週間以内に郵送致します。 ②心エコー・血圧脈波・安静時12誘導心電図・24時間ホルム心電図以上の検査を当日まとめて行います。(約1時間) シヤントの有無 <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 検査依頼はセット検査のみとなっています。	
<input type="checkbox"/> 生活習慣病 合併症検査	第1希望日: 月 日	検査依頼時は必ず診療情報提供書を 添付しFAXしてください。
	第2希望日: 月 日	
	シヤントの有無 <input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> *検査項目は、心電図・脈波・胸部X線・頸動脈エコー・血液検査です。	
<input type="checkbox"/> 消化器 内視鏡検査 *検査当日は必ず留意事項をご確認のうえ、紹介状を持参下さい。 *検査の際は「お薬手帳」の持参忘れないうちにお伝え下さい。	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 (月・木・金) 曜日	<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査 (月・火・木・金) 曜日
	第1希望日: 月 日 曜日	検査依頼時は必ず診療情報提供書を 添付しFAXしてください。
	第2希望日: 月 日 曜日	
	①心疾患 有 無 不明	⑤抗凝固剤・抗血小板剤投与 有 無 不明
	②緑内障 有 無 不明	(中止日 年 月 日)
	③前立腺肥大 有 無 不明	⑥感染症 HBs抗原(+ -) HCV抗体(+ -)
④薬剤過敏 有 無 不明	梅毒(+ -) その他	
【留意事項】 *現在処方中の内服薬・感染症結果等の必要事項は必ず検査当日お持ちいただく紹介状にご記入下さい。 *下部消化管内視鏡検査の際は、 貴院にてプレニド3錠を患者様へ処方いただきますようお願いいたします。		
【検査結果について】 *検査の結果は後日、報告書を郵送いたします。 *組織検査を実施した場合、病理検査結果を考慮し、当センターでの内視鏡検討会後に最終報告書を作成して検査後10日から14日までに郵送致します。		

連絡事項等