

検査依頼書 兼 診療情報提供書

依頼日 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関

医療法人清和会 ながはら病院

医療機関名

科 担当医殿

住所
医師名
TEL
Fax

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		☐ 男 ☐ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(満 歳)
住所		電話番号	
今の状況	☐ 入院中 ☐ 通院中	患者様の状態	☐ 歩行可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

※可能でしたら事前に保険情報をFAXでご送付をよろしくお願い致します。

診療情報	疾病名 / 既往歴	
	紹介目的	
	備考	

☐に印をつけ、()内の部位に記入又は○で囲んで下さい。

検査依頼項目	CT	☐ 脳 ☐ 副鼻腔 ☐ 胸部 ☐ 整形 () ☐ 上腹部 ☐ 下腹部 ☐ 全腹部 ☐ その他 ()
	骨密度(DEXA)	腰椎・大腿骨 2部位で検査いたします。

予約希望	予約日時	第1希望 月 日(時 分) 第2希望 月 日(時 分) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
	都合の悪い日時	

※検査実施日に関してはご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

〒577-0016 大阪府東大阪市長田西4-3-13
医療法人 清和会 ながはら病院
TEL (06)6744-0111 代 FAX (06)6745-5122



検査予約表

依頼日 年 月 日

紹介先

医療法人 清和会 ながはら病院

〒577-0016 大阪府東大阪市長田西4-3-13

TEL (06) 6744-0111 代

フリガナ

氏名

紹介元医療機関

予約日時 : 月 日 曜日 時 分 より

CT ・ 骨密度検査(DEXA)

検査時の注意点

- ・放射線を使った検査ですので、妊娠中の方は原則検査はできません。
- ・腹部、骨盤を検査される方は、3時間前から絶食をして下さい。ただし、普段飲まれている薬や水などは普段通り飲んで構いません。
- ・当日、ホックやファスナーなどの金属類のある衣服で来られた場合、検査着に着替えて頂く事が有ります。できるだけ、当日は金属金具等のついていない服装でお越しください。
- ・検査は 5分程度で修了いたします。

検査当日の注意点

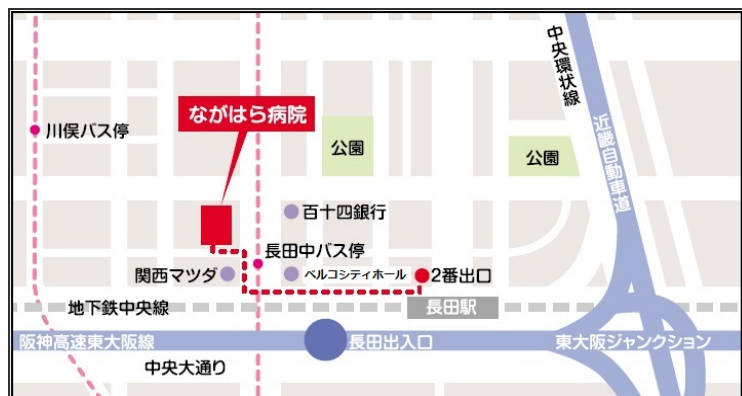
当日は、予約時間の15分前までに病院受付にお越しください。予約表(本状)と保険証、診療情報提供書を必ずお持ち下さい。

ご予約の変更やお問い合わせは、
ながはら病院 TEL (06) 6744-0111 代

※地下鉄中央線『長田駅』下車
2番出口より出、中央大通りを高井田方面
に右手のマツダを右折直ぐ。
徒歩 約7分



医療法人 清和会 ながはら病院



当院検査の流れ

検査依頼書兼診療情報提供書に必要事項を記入して頂き当院へFAXをお送り下さい。
Fax (06)6745-5122 折り返し当院より予約決定のFAXをお送りいたします。



予約時お急ぎの場合は検査依頼書兼診療情報提供書をFAXして頂いたうえ直接お電話下さい。

TEL (06)6744-0111 (代) 放射線科まで
放射線科で 検査日時。検査内容、氏名を確認し予約決定し予約表をFAXでお送り致します。

可能でしたら事前に保険情報をFAXで送付をお願い致します。



検査当日は検査時間の15分前までに、お越し頂き病院医事課で受付をして頂きます。
患者様には、保険証 検査依頼書兼診療情報提供書 予約表をお忘れならないようお伝えお願い致します。



検査により検査時間は異なります。10分程度になります。
救急対応により待ち時間が発生する場合があります。

検査終了後 お会計の際に当日撮影したデータをCD-Rでお渡し致します。



検査結果
専門医が画像読影を行います。
読影結果は1週間程度かかります。
読影結果をFAXさせて頂きます。

返書(原本)は郵送でお返し致します。

