医療共同利用設備申込書　兼　診療情報提供書(内視鏡・生理検査)

西暦　　年　　月　　日

紹介元医療機関

八尾徳洲会総合病院

Dr/検査技師宛

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

患　者　情　報　(保険情報を必ず添付してください)

フリガナ		ADL	□歩行可能 □車椅子 □ストレッチャー	透析曜日
氏名(旧姓)	男 (　　) 女			
生年月日	西暦　　年　　月　　日生　　歳			
住所	〒			
電話番号	－　　－	日中連絡のつく電話番号	－　　－	
都合の悪い日時		希望日時		

※該当項目に必ずチェックをつけてください

検査依頼項目			
	内視鏡	**心電図**	**超音波**
	□胃	□心電図	□腹部
	□大腸	□24時間心電図	(肝・胆・膵・脾・腎・膀胱・
	□胃と大腸同日	□トレッドミル負荷試験	その他:　　)
	肺機能	□regular	□心臓
	□セットA=VC,FVC,CV,	□lowgrade	□甲状腺
	DLCO,FRC	□マスター2段階試験	□表在エコー
	□セットB=VC,FVC	□triple	□乳腺
	末梢循環	□double	□その他(　　)
	□ABI測定	□single	□末梢血管
	脳波	※トレッドミル負荷試験とマスター2段階試験は必ず心エコーの予約も必要です	□上肢動脈
	□脳波		□下肢動脈
			□静脈瘤
			□頚動脈
			□腎血流
			□透析シャント
			□SVグラフト評価
			□DVT

診療情報提供		
	傷病名	
	既往歴 症状経過	
	現在処方	

八尾徳洲会総合病院　病診連携室
受付時間　平日9時～19時　土曜　9～13時
TEL　072-993-9637　FAX　072-993-8718
※休みは日曜、祝日と12月31日～1月3日