

# 沖縄県立中部病院 機器共同利用申込書 (CT・MRI・骨塩定量・脳波・心エコー)

依頼日: 年 月 日

沖縄県立中病院 地域医療連携室 宛

沖縄県うるま市字宮里 281

TEL:098-973-4111(代表) 098-982-6567(直通)

**FAX:098-982-6568(直通)**

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

ご連絡担当者:

～申し込みにあたって～

全ての項目に目を通し、をご記入下さい。

## [検査者情報]

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	_____ 年 月 日 ( )歳		
〒	_____	電話番号	_____
住所	_____		
検査希望日	_____ 年 月 日 ( 時頃)		

※共同利用申込書(本票)とは別に診療情報提供書の作成をお願いします。

[傷病名]	[検査目的] <input type="checkbox"/> 一般検査 <input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 二次検診 <input type="checkbox"/> 術前検査 <input type="checkbox"/> 術後検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 臨床研究 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

検査結果のお渡し方法 紹介元(貴院)へ郵送希望 患者さまへお渡し希望

※当日の患者さまへのお渡しは原則CTのみです。

※患者さまの過失による検査結果の再発行は保険適用外料金(10割負担)となります。予めご了承ください。

※検査共通情報(体内金属・インプラント有⇒撮影できない場合があるので、MRI可能か事前確認をお願い致します)

- ★インプラント: 無 有 (部位によっては検査できません)
- ★アレルギー: 無 有 (喘息の方は原則禁忌です(造影))
- ★妊娠: 無 有      ★人工呼吸器: 無 有 (機器共同利用として検査できません)
- ★心臓ペースメーカー: 無 有      ★鎮静: 不要 要 (機器共同利用として検査できません)

**(MRIは条件付きMRI対応ペースメーカー使用の場合、条件付きMRI対応カードのコピー添付が必須です)**

CT検査: 頭部 頸部 胸部 胸腹部(胸～骨盤) 腹部(肝～骨盤)  
造影: 無 有(放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります)※1  
造影剤を使用する場合⇒★腎機能障害: 無(Cre値 \_\_\_\_\_) 有

MRI検査: 頭部(脳・頸部) 脊髄 胸部 腹部 骨盤 四肢(部位 \_\_\_\_\_)  
造影: 無 有(放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります)※1  
造影剤を使用する場合⇒★腎機能障害: 無(Cre値 \_\_\_\_\_) 有

★手術歴: 無 有      ★刺青: 無 有      ★感染症: 無 有      ★閉所恐怖症: 無 有※2

骨塩定量: 腰椎+大腿骨 (身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg)

生理機能検査: 脳波 心エコー※3(金曜のみ対応)

※ 検査共通情報はいずれの検査においてもご記入をお願いします。

※1 造影検査の場合は「造影検査同意書」と「造影検査説明書」を確認し検査当日の持参をお願いします。

※2 閉所恐怖症の場合は安定剤(経口のみ)を紹介元(貴院)にて処方後、検査当日の持参をお願いします。

※3 「生理機能検査」の詳細は「医療機器共同利用受け入れ一覧」の留意事項をご確認ください。2018.04.01版