

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・RI)

依頼日: 年 月 日

沖縄県立中部病院 地域医療連携室 宛

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

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)

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	☐ 男 ☐ 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] ☐ 一般検査 ☐ 精査目的 ☐ 二次検診 ☐ 術前検査 ☐ 術後検査 ☐ 健康診断 ☐ スクリーニング ☐ 臨床研究 ☐ その他
-------	--

検査結果のお渡し方法 ☐紹介元(貴院)へ郵送希望 ☐患者さんへお渡し希望

※当日の患者さんへのお渡しは原則 CT のみです。

※患者さん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

☐患者さんへの検査の説明を行い、検査の同意を得た。(貴院にて説明後チェックを記入ください)

☐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)

☐RI(核医学検査): 検査項目 (_____)

※ 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 2025.04.25 版