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
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　□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　□頚部　□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・頚部）□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

□スキャン済

様

（生年月日　年　月　日）

RI 検査(核医学検査)　説明書・同意書

臨床診断名	核医学検査
検査・処置名	
実施予定日	年　月　日

□検査概要　RI 検査は、からだの特定の部位に集まる放射線同位元素（ラジオアイソトープ：RI）を静脈・皮下または経口投与し、ガンマカメラという特種な装置で撮影することで体内の様子を調べる検査です。

□ RI 検査の副作用と放射線被ばくに関する留意事項　RI 検査に使用する薬剤による副作用はほとんどありません。まれにかゆみや発疹を生じることがありますが、通常は治療を必要としない程度で自然に軽快します。RI 検査１回あたりの被ばく線量は 0.5～20mSv 程度で、X 線検査や CT 検査で受ける被ばく線量と同等程度です。通常の検査においてからだに影響をおよぼすことはないです。

□ 検査料について　この薬剤は検査当日の予約時刻にしか使用できないため、前々日（平日）の 15 時以降のキャンセルの場合は薬剤が廃棄となります。その際は、薬剤費（＋消費税）を実費でご負担いただく場合がございます。また、検査に使用する薬剤は、空輸で検査当日に配送されるため、自然災害等によっては、検査が延期となりますのであらかじめご了承ください。

□ ご不明な点やご質問、不安に感じること等があれば、気兼ねなくお申出ください。
十分な説明と同意を元に最善の検査を提供します。

説明医師署名

立会医療者署名

説明年月日

□ 現在の病状および検査の必要性とその内容、検査に関する留意事項について、十分な説明を受け、理解しました。つきましては、上記実施中検査・操作に必要なすべての処置をお願いいたします。

沖縄県立中部病院 病院長 殿

本人署名　□ 代理人

同意した年月日　年　月　日

ご家族・代理人署名　続柄（　）

（本人が署名できない場合はご家族・代理人が代筆する）

＊以下の理由でご本人、代諾者が署名出来ませんでしたので、経緯を診療録に記載します。

□ 意識障害　□ 小児の場合　□ 判断能力に支障がある

□ その他(　)

沖縄県立中部病院 Okinawa Chubu Hospital
医療安全・診療録管理委員会　第１版　2025/08/06
文書管理番号：20250806528501